

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**UNIDAD DE POSGRADO**

**Factores culturales, personales, institucionales y  
médicos asociados al abandono al control prenatal en  
centros y puestos de salud - San Juan de Lurigancho -  
2012**

**TESIS**

Para optar el Grado Académico de Magíster en Obstetricia con  
mención en Salud Reproductiva

**AUTOR**

Ruth Nilda Otárola De la Torre

**ASESOR**

Oscar Fausto Munares García

Lima – Perú

2017

***Dedicatoria***

Dedico este trabajo a mis dos hermosas hijas y a mi esposo, quienes son mi fortaleza y mi mayor razón para seguir adelante y cumplir mis metas trazadas

### ***Agradecimiento***

Quiero agradecer a Dios que me ha dado la vida y fortaleza día a día para terminar este trabajo y a mi madre por su ayuda y constante cooperación.

## ÍNDICE GENERAL

LISTA DE TABLAS .....	5
RESUMEN .....	7
ABSTRACT .....	8
CAPITULO 1: INTRODUCCION.....	9
1.1. Situación problemática .....	9
1.2. Formulación del problema .....	10
1.3. Justificación de la investigación.....	10
1.4. Objetivos de la investigación .....	12
1.4.1 Objetivo General.....	12
1.4.2 Objetivos Específicos .....	12
CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO .....	13
2.1. Marco Filosófico o epistemológico de la investigación .....	13
2.2 Antecedentes del problema .....	14
2.3 Bases teóricas .....	22
CAPITULO 3: METODOLOGÍA.....	43
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	43
3.2. Unidad de análisis .....	43
3.3. Población de estudio .....	44
3.4. Tamaño de muestra. ....	44
3.5. Selección de muestra. ....	45
3.6. Identificación de variables. ....	46
3.7. Técnicas de recolección de datos. ....	49
3.8. Análisis e interpretación de la información .....	50
CAPITULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	52
CONCLUSIONES.....	68
RECOMENDACIONES .....	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	70

## **LISTA DE TABLAS**

### **TABLA 1**

<b>DISTRIBUCION DE LOS DATOS GENERALES DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN CENTROS Y PUESTOS DE SALUD, 2012 .....</b>	<b>53</b>
---	-----------

### **TABLA 2**

<b>DESCRIPTIVOS DEL CONTROL PRENATAL SEGÚN CARACTERÍSTICAS MATERNAS .....</b>	<b>54</b>
---	-----------

### **TABLA 3**

<b>DESCRIPTIVOS DEL CONTROL PRENATAL SEGÚN CARACTERÍSTICAS NEONATALES .....</b>	<b>55</b>
---	-----------

### **TABLA 4**

<b>FACTORES CULTURALES ASOCIADOS AL ABANDONO AL CONTROL PRENATAL EN CENTROS Y PUESTOS DE SALUD SAN JUAN DE LURIGANCHO 2012 .....</b>	<b>56</b>
--	-----------

### **TABLA 5**

<b>FACTORES PERSONALES ASOCIADOS AL ABANDONO AL CONTROL PRENATAL EN CENTROS DE Y PUESTOS DE SALUD, SAN JUAN DE LURIGANCHO 2012 .....</b>	<b>58</b>
--	-----------

### **TABLA 6**

<b>FACTORES INSTITUCIONALES ASOCIADOS AL ABANDONO AL CONTROL PRENATAL EN CENTROS Y PUESTOS DE SALUD, SAN JUAN DE LURIGANCHO 2012 .....</b>	<b>60</b>
--	-----------

**TABLA 7**

**FACTORES MÉDICOS ASOCIADOS AL ABANDONO AL CONTROL PRENATAL  
EN CENTROS Y PUESTOS DE SALUD, SAN JUAN DE LURIGANCHO 2012 ...61**

**TABLA 8**

**REGRESIÓN LOGÍSTICA DE FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO AL  
CONTROL PRENATAL EN CENTROS Y PUESTOS DE SALUD. ....62**

## RESUMEN

**OBJETIVO.** Analizar la asociación entre los factores culturales, personales, institucionales y médicos y el abandono al control prenatal en pacientes de centros y puestos de salud.

**METODOLOGIA.** Se asignaron a 175 pacientes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho, 87 con abandono al control prenatal (casos) y 88 sin abandono al control prenatal (controles) que fueron atendidas en centros y puestos de salud, pareadas por fecha de atención del parto y sexo del recién nacido. Se aplicó una entrevista estructurada que indagó sobre los factores culturales, personales, institucionales y médicos asociados al abandono al control prenatal. Posteriormente toda la información se procesó en una base de datos en Microsoft Excel y se analizó vía estadística descriptiva e inferencial con un nivel de significación estadístico  $p < 0,05$ . Se aplicó OR con IC 95% y regresión logística.

**RESULTADOS.** El 88,6% s entre los 20 a 35 años. La mediana de controles prenatales en las que abandona es 4 y en las que no abandonan 8. Entre los factores culturales el empleo de medicina tradicional, no practicar deporte, no tener casa propia se asociaron al abandono, en los personales fueron la dificultad en el cuidado de hijos, quehaceres domésticos, olvido de citas el poco apoyo de la pareja, en los institucionales fueron el tiempo de espera largo. En los factores médicos miedo al examen ginecológico y calidad inadecuada del control prenatal. Los factores ajustados fueron el no tener casa propia (ORc 2,5 IC 95% 1,1:6,1), dificultades por quehaceres domésticos (ORa: 4,6 IC95% 2,1:9,9), olvido de las citas (ORa: 5 IC95% 2,3:10,7), así como el miedo al examen ginecológico (ORa: 3,1 IC95% 1,4:6,5), explicando así entre el 28,9% a 38,5% del problema del abandono al control prenatal ( $R^2$  Cox y Snell= 0,289,  $R^2$  Nagelkerke=0,385). Así mismo para poder determinar el poder predictivo de los factores ajustados se empleó la Curva ROC la cual arrojó que el modelo predice bien el evento del abandono al control prenatal Área= 0,820 IC95% 0,757-0,883

**CONCLUSIONES.** Los factores culturales, personales, institucionales y médicos están asociados al abandono al control prenatal.

**Palabras clave:** atención prenatal, abandono, salud materna, ministerio de salud, Perú

## ABSTRACT

### CULTURAL, PERSONAL, INSTITUTIONAL AND MEDICAL FACTORS ASSOCIATES TO ABANDON OF PRENATAL CARE IN HEALTH CENTERS AND POSTS SAN JUAN DE LURIGANCHO HOSPITAL - 2012

**OBJETIVE.** To analyze the association between cultural, personal, institutional and medical factors and abandon of prenatal care patients at health centers and posts.

**METHODOLOGY.** 175 patients treated at the Hospital San Juan de Lurigancho, 87 with abandon to prenatal care (cases) and 88 without neglect prenatal care (controls) who were treated at centers and health posts, matched by date of care were assigned birth and sex of the newborn. A structured interview that asked about the cultural, personal, institutional and medical neglect associated with prenatal care factors applied. Subsequently, all the information was processed in a database in Microsoft Excel and analyzed via descriptive and inferential statistics with statistical significance level of  $p < 0.05$ .

**RESULTS.** 88.6% are between 20 and 35 years old. The median of prenatal controls in which he leaves is 4 and in which he does not leave 8. Among the cultural factors, the use of traditional medicine, not practicing sports, not having a home of his own were associated with abandonment; Care of children, household chores, forgetting of appointments, the lack of support from the couple, in the institutional was the long waiting time. In medical factors fear of gynecological examination and inadequate quality of prenatal control. The adjusted factors were the lack of own house (ORc 2.5 95% CI 1.1: 6.1), difficulties for domestic tasks (ORa: 4.6 95% CI 2.1: 9.9), forgetting the Citations (ORa: 5 IC95% 2.3: 10.7), as well as fear of gynecological examination (ORa: 3.1 IC95% 1.4: 6.5); Thus explaining between 28.9% and 38.5% of the problem of abandonment to prenatal control ( $R^2$  Cox and Snell = 0.289,  $R^2$  Nagelkerke = 0.385). In order to determine the predictive power of the adjusted factors, the ROC Curve was used, which showed that the model predicts either the abandonment event to prenatal control. Area = 0.820 IC95% 0.757-0.883

**CONCLUSIONS.** Cultural, personal, institutional and medical neglect associated with prenatal care factors.

**Keywords:** prenatal care, abandonment, maternal health, Ministry of Health, Peru



## **CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Situación problemática**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) las defunciones maternas se presentan entre el 11% y el 17% durante el parto, estudios internacionales indican que la mayoría de lesiones y muertes maternas, así como casi tres cuartas partes de las muertes neonatales se podrían evitar si las mujeres recibieran la atención oportuna durante el embarazo, el parto y el posparto (Aguado, Giron, Osorio, Tovar, & Ahumada, 2007). Un estudio realizado en México (Peñuelas-Cota et al., 2008) sobre factores de riesgo para muerte materna encontró que el 54,8% de esas muertes tenían control prenatal.

Se estima que por cada muerte materna ocurren 10 muertes perinatales; las cuales están vinculadas, a factores de salud materna y a la inadecuada atención prenatal (Ministerio de Salud, 2015). En abril del 2007, el gobierno emitió un Decreto Supremo creando un nuevo esquema de seguro que buscaba convertir al Seguro Integral de Salud (SIS) (Physicianns for Human Right, 2007) en la herramienta del Aseguramiento Universal de la Salud. Este seguro tiene entre sus actividades el área de atenciones preventivas, en un reciente informe publicado por el SIS sobre la situación de salud de los

asegurados para el año 2012 en el Perú, encontró que las atenciones para el paquete Madre-Niño era en su mayoría preventivas, siendo la “supervisión del embarazo normal no especificado” el tercer diagnóstico CIE-10 en frecuencia, muchas de estas atenciones han sido financiadas para puestos y centros de salud (Grillo, Acosta, Terrones, & A, 2012). Esto quiere indicarnos que el cuidado materno en nuestro país, no debería tener problemas en su acceso, puesto que los mismos están siendo cubiertos por el SIS, pero según reportes de hospitales y de estudios nos indican que la cantidad de gestantes que culmina 6 o más controles prenatales (cantidad planteada para señalar a una gestante como controlada por el Ministerio de Salud) estarían en alrededor del 50%, es decir, existen alrededor de la mitad de las gestantes que acuden a sus controles pero por alguna razón. Por lo antes expuesto, la sugerencia de que actualmente haya abandono al control prenatal, no estriba en problemas económicos, sino por factores de tipo institucional, organizacional y médico, así como en la calidad de la atención prenatal.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la asociación entre los factores culturales, personales, institucionales, médicos y el abandono al control prenatal en pacientes atendidas en los centros y puestos de salud y que tuvieron su parto en el Hospital San Juan de Lurigancho durante el año 2012?

## **1.3. Justificación de la investigación**

### **Justificación Teórica:**

El control prenatal es una de las actividades a realizar en los servicios de salud de todo el país, diariamente se realiza cientos de atenciones prenatales en todos los establecimientos de salud y los diferentes niveles de atención, pero sin embargo, existen gestantes que acuden una o dos veces a su control y no vuelven sino es por alguna emergencia o para atención de parto.

En un estudio que identificó barreras percibidas hacia el control prenatal, el sentirse deprimida, estresada, triste; presentar problemas personales, problemas con la pareja, problemas familiares; fueron consideradas barreras para la optimización del control prenatal (Quelopana, Dimmitt, & Salazar, 2007).

Al realizar esto, se pierde valioso tiempo para poder cumplir con los objetivos del control y sobre todo con herramientas de prevención y promoción de la salud. Sandra Muñoz (2006) en Colombia determinó que la participación activa de la gestante en su cuidado, permitirá reconocer tanto su validez social como el intercambio de saberes, en búsqueda de un seguimiento efectivo y de calidad frente a la evolución de la gestación (Muñoz, 2006).

Al identificar los factores asociados al abandono al control prenatal, se podrán realizar intervenciones para mejorar el mismo, así mismo readecuar las actividades descritas para las atenciones prenatales, pues bajo este esquema más de la mitad de las gestantes que acuden a los establecimientos de salud no llegan los objetivos del mismo. En Estados Unidos, una de las razones por las cuales cayó notoriamente la tasa de mortalidad materna y perinatal es el que aproximadamente el 90% de las gestantes recibieron un adecuado cuidado prenatal (Ortiz & Beltran, 2005).

### **Justificación Práctica:**

El Hospital San Juan de Lurigancho, es un establecimiento de salud perteneciente al Ministerio de Salud, clasificada con categoría II-2, atiende a la población de gestantes de uno de los distritos más populosos de Lima como es el distrito de San Juan de Lurigancho, y parte del Rímac, es el responsable de la atención del 42% (1 057 748 habitantes) del total de la población de la Dirección de Salud IV Lima Este, a sus instalaciones llegan gestantes de 34 establecimientos de salud 12 puestos de salud, 21 centros de salud y un centro de salud con internamiento, no cuenta con establecimientos II-3, pero mantiene una distribución similar, por lo que el estudiar el fenómeno del abandono al control prenatal, puede darnos un

acercamiento similar a la realidad de Lima (Ministerio de Salud, 2013a). Siendo el único Hospital de referencia distrital resulta importante conocer los factores asociados al abandono del control prenatal.

## **1.4. Objetivos de la investigación**

### **1.4.1 Objetivo General**

Analizar la asociación entre los factores culturales, personales, institucionales, médicos y el abandono al control prenatal en gestantes de centros y puestos de salud y que tuvieron su parto en el Hospital San Juan de Lurigancho durante el año 2012.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Determinar la asociación entre los factores culturales y el abandono al control prenatal en centros y puestos de salud.
- Determinar la asociación entre los factores personales y el abandono al control prenatal en centros y puestos de salud.
- Determinar la asociación entre los factores institucionales y el abandono al control prenatal en centros y puestos de salud.
- Determinar la asociación entre los factores médicos y el abandono al control prenatal en centros y puestos de salud.
- Estimar las diferencias entre el control prenatal completo y el abandono al control prenatal en relación a los factores culturales, personales, institucionales y médicos.

## **CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Marco Filosófico o epistemológico de la investigación**

En las primeras décadas del siglo XX, el filósofo y científico Moritz Schlick (1882-1936) asume la cátedra en la Universidad de Viena, se reúne con un grupo de pensadores y reflexionan en torno a la ciencia, formando así el denominado Circulo de Viena, cuya concepción filosófica es denominada como positivismo lógico, empirismo lógico o neopositivismo, en clara alusión al francés Comte. El contexto de las inquietudes de este grupo está marcado por la obra *Principia Mathematica* (1905), de Russell y Whitehead, en el ámbito de las matemáticas; y la genial obra de Ludwig Wittgenstein: el *Tractatus lógico-philosophicus* en 1921. El gran proyecto de este grupo fue la elaboración de una filosofía científica que tuviera como base a las matemáticas, la lógica y a la física como el gran modelo a imitar; con el tiempo, esto será encaminado a la elaboración de la Enciclopedia para la ciencia unificada. El criterio de demarcación se relaciona con el afán de reducir todos los enunciados científicos a un lenguaje fiscalista, es decir, a enunciados empíricos atómicos estrictamente observacionales. Con esta

base empírica, núcleo común de las ciencias, la inducción y la lógica matemática permitirían construir teorías(Rosales, 2012).

En ciencias de la salud, el positivismo lógico ha encontrado eco, en los denominados estudios cuantitativos, que tienen como principio la lógica y su representación matemática a la estadística(Calero, 2000). Este tipo de estudio enfatiza los diseños como herramientas para la operativización de la investigación, para los mismos y dependiendo del control de las variables se cuentan con diseños observacionales y diseños experimentales, en los primeros no hay control sobre las variables, mientras que en los últimos se presenta el control de las variables. Entre los diseños observacionales, se encuentran los estudios descriptivos y analíticos, los primeros son importantes para determinar la distribución de las variables, mientras que los segundos buscan relaciones de causa-efecto, uno de esos diseños, es el empleado en esta tesis, como es los de casos y controles (Sánchez-Lara & Méndez-Sánchez, 2008).

## **2.2 Antecedentes del problema**

(Munares-Garcia, 2013) en el Perú, publicó una investigación cuyo objetivo fue analizar los factores asociados al abandono al control prenatal en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, divididas en 164 con abandono al control prenatal (casos) y 164 sin abandono (controles), pareadas según fecha de parto y sexo del recién nacido, se indagó datos generales y factores de abandono: personales, institucionales y médicos. Se aplicó estadísticas descriptivas e inferenciales a un nivel de significación estadístico  $p < 0,05$ ; OR IC95% y regresión logística binaria. Entre los principales resultados encontrados fueron que existen factores personales como el residir en barrio marginal (ORa: 3,7 IC95% 1,4-9,7), que aumentan el riesgo del control prenatal adecuado (ORa: 0,5 IC95% 0,3-0,8), tener permisos en el trabajo (ORa: 0,3 IC95% 0,1-0,7), no tener dificultades por quehaceres domésticos (ORa: 0,4 IC95% 0,2-0,9)

reducen la probabilidad de abandono. Entre los factores institucionales el recibir servicios completos (ORa: 0,1 IC95% 0,0-0,4), coordinar entre los servicios (ORa: 0,4 IC95% 0,2-0,8) y programar citas de seguimiento (ORa: 0,3 IC95% 0,1-0,8) reducen la probabilidad de abandono, finalmente entre los factores médicos, el tener calidad adecuada del control prenatal (ORa: 0,5 IC95% 0,3-0,8) reduce la probabilidad de abandono.

(Lasso, 2012) en Colombia, publicó una investigación cuyo objetivo fue recoger hallazgos de la primera fase de una investigación llevada a cabo en el municipio de Candelaria (Valle del Cauca), en convenio con la práctica profesional de la carrera de Psicología de la Universidad de San Buenaventura Cali y la Fundación el Amparo I.P.S. Este estudio buscó identificar las relaciones que existen entre las formas de cuidado en gestación que recomienda el Sistema de Salud oficial y las que practican las gestantes que acuden al Programa de Control Prenatal de la Fundación, a partir de sus creencias culturales. En esta primera fase se llevó a cabo un estudio cualitativo, realizando cinco grupos focales, dos con el personal de salud y tres con 36 gestantes participantes en el programa de control prenatal. Se encontró barreras culturales para la adherencia al programa de control prenatal, relacionadas con las creencias, hábitos alimenticios y asistencia a interconsultas con algunos especialistas. El investigador concluyó que se debe insistir en la generación de procesos educativos al interior del Sistema de Salud acerca del lugar de la interculturalidad y su consideración en los procesos de evaluación, intervención y acompañamiento, en este caso, de los programas de atención materna infantil.

(Camarena, 2012) en el Perú, publicó su tesis cuyo objetivo fue determinar la asociación entre los factores personales, médicos e institucionales y el abandono al control prenatal, realizó un estudio de casos y controles donde asignó a 334 gestantes atendidas en el Hospital Marino Molina Scippa, Red Asistencia Sabogal – EsSalud;

divididas en 167 gestantes con abandono al control prenatal (casos) y 167 sin abandono al control prenatal (control), pareadas según fecha de atención del parto y sexo del recién nacido. Se aplicó el instrumento de recolección de datos que indagó datos generales y los factores del abandono al control prenatal: personales, institucionales y médicos. Posteriormente toda la información fue procesada en una base de datos en Microsoft Excel y analizada a través del programa estadístico SPSS, vía OR IC 95% y regresión logística. Entre los principales resultados encontrados fueron en los factores personales: la dificultad en el permiso en el trabajo (OR: 2), dificultad para el cuidado de los hijos (OR: 2,4) y olvido de citas (OR: 2), no hubo factores institucionales significativos, y con factores médicos hubo relación con consulta de baja calidad (OR: 3,3) y percepción de la calidad de la atención (OR: 4,1).

(Arispe, Salgado, Tang, González, & Rojas, 2011), publicaron una investigación cuyo objetivo fue determinar la frecuencia de pacientes con control prenatal (CPN) inadecuado y los factores asociados a dicho evento. Realizaron un estudio descriptivo transversal donde se entrevistó a puérperas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre agosto 2010 y enero 2011, y se revisó la historia clínica y carnet materno perinatal (CLAP). Se definió CPN inadecuado al incumplimiento del número mínimo y cronograma de visitas propuesto por el Ministerio de Salud. Se compararon factores epidemiológicos, maternos y socioeconómicos entre grupos de gestantes con CPN adecuado e inadecuado. Se incluyeron 384 puérperas y sólo 7,36% tuvo CPN adecuado, es decir más de 6 controles prenatales. 145 puérperas tuvieron su primer CPN antes de las 12 semanas. Los factores que se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de CPN inadecuado fueron paridad mayor a 2 ( $p=0,02$ ) y no planificación de la gestación ( $p=0,003$ ). Los investigadores concluyeron que el porcentaje de CPN inadecuado fue elevado. El CPN inadecuado se asoció con paridad mayor a 2 y gestación no planificada



(Miranda et al., 2010) en Brasil, publicaron una investigación titulada factores asociados con la atención prenatal y Asistencia Buscando en los hospitales públicos en Vitória, Espírito Santo, Brasil. La premisa era que la atención prenatal adecuada proporciona una oportunidad para el asesoramiento y la reducción de las complicaciones asociadas con el embarazo y el parto, por lo que plantearon el objetivo de describir el perfil demográfico, conductuales y clínica de las mujeres embarazadas hospitalizadas en maternidades públicas e identificar los factores asociados con seis o más consultas prenatales en Vitória, Brasil. Realizaron un estudio transversal en 1380 mujeres se llevó a cabo en las maternidades públicas en Vitória, Brasil. 77% de los participantes tenían  $\geq 6$  consultas prenatales. Tener  $\geq 9$  años de escolaridad (OR: 1,8; IC95%: 1,1 a 3,1), se casó (OR: 1,9; IC95%: 1,2 a 2,9 se asocio significativamente con tener  $\geq 6$  consultas prenatales.

(Faneite et al., 2009) en el año 2009 en Venezuela realizaron otro estudio para identificar los motivos para la inasistencia al control prenatal, realizaron un estudio descriptivo en 1000 pacientes con embarazo actual o pasado controlado en el año 2008. Encontraron entre los factores epidemiológicos la residencia en barrios (57.2%), educación secundaria (59.7%), estado civil soltera (48.1%) edad entre 20 a 29 años (40.4%). Entre los factores sociales identificados fueron domicilio lejano (52.3%), el desempleo en un 27.3%, en la educación prenatal fue el desconocimiento de la importancia del control (48.8%). Entre los factores institucionales fue determinante el ambiente inadecuado de la consulta (39,2 %) y la ubicación lejana del centro de salud (19,3%). En factores de atención médica refirieron, consulta de baja calidad (29,8%), seguida de la opinión de pocas horas de consulta (23.2%).

(Ribeiro et al., 2009) en Brasil publicaron una investigación titulado factores de riesgo para la inadecuada utilización de atención prenatal en el área metropolitana de Aracaju, Noreste de Brasil. El objetivo fue evaluar la adecuación de uso de la atención prenatal y los factores de

riesgo implicados en la utilización de la atención prenatal inadecuada. Se realizó una encuesta con las puérperas que dieron a luz recién nacidos vivos únicos en los cuatro hospitales de maternidad de Aracaju. Se estudiaron un total de 4552 nacidos vivos únicos. La cobertura de atención prenatal en Aracaju fue alta (98,3%), con una media de 6,24 visitas. La atención prenatal se consideró adecuada o intensivo en el 66,1% de los casos, mientras que el 33,9% se considera que tiene el uso inadecuado. Edad <18 a 34 años al momento del parto, la escolaridad materna baja, bajos ingresos familiares, dos o más partos anteriores, el tabaquismo materno durante el embarazo, al no tener pareja y atención prenatal obtenido fuera de Aracaju se asociaron con el uso inadecuado cuidado prenatal. Por el contrario, la asistencia servicio privado protegida inadecuada utilización atención prenatal. Los investigadores concluyeron que la cobertura de atención prenatal fue alta. Sin embargo, un número significativo de mujeres todavía tenía inadecuada utilización atención prenatal. Desigualdades socioeconómicas, los factores demográficos y los factores de riesgo conductuales siguen siendo factores importantes asociados con la inadecuada utilización de cuidado prenatal.

(Bassani, Surkan, & Olinto, 2009) en Brasil para conocer la forma en que la atención prenatal varía en función de actitudes maternas y factores sociales y demográficos, recolectaron información de 611 mujeres postparto en Porto Alegre al sur de Brasil, sobre variables sociales y demográficas, atención prenatal, paridad, planificación del embarazo, intentos de aborto inducido, satisfacción con el embarazo y satisfacción respecto a la relación con el padre del hijo. La atención prenatal se clasificó como adecuada, parcialmente inadecuada e insuficiente, basados en el índice de Kessner, para embarazos de 37 a más semanas de gestación, la atención prenatal adecuada se definió como al menos seis visitas prenatales, iniciados desde el primer trimestre. Parcialmente cuando se inició más tarde (segundo o tercer trimestre) o menos de seis consultas y atenciones prenatales

inadecuadas menos de seis consultas. Se utilizó regresión logística multinomial para evaluar las asociaciones entre estas variables y si la atención prenatal por parte de las mujeres fue adecuado, parcialmente inadecuado o inadecuado. Aproximadamente el 40% de las mujeres tuvieron atención prenatal inadecuada o parcialmente inadecuada. Después de ajustar por otras covariables, incluida la satisfacción con el embarazo, las mujeres que tuvieron un embarazo no planeado tuvieron una probabilidad significativamente mayor que las mujeres que habían planificado su embarazo, de haber recibido una atención prenatal inadecuada (OR: 2,0). También, el no vivir con el padre del hijo (OR: 2,8) y la insatisfacción con el embarazo (OR: 2,1) estuvieron asociados con el uso inadecuado de la atención prenatal. Las mujeres que estaban teniendo su segundo parto o un parto de mayor orden tuvieron una probabilidad significativamente mayor de reportar un uso inadecuado de la atención prenatal comparada con mujeres que han tenido su primer parto (OR: 3.9–9.0). El ingreso familiar estuvo inversamente asociado con una atención inadecuada.

(Magriples, Kershaw, Rising, Massey, & Ickovics, 2008) en USA; publicaron una investigación titulada el control prenatal de la salud más allá del servicio de obstetricia: Utilización y predictores de la atención no programada, cuyo objetivo fue describir las características de las pacientes de atención prenatal, dentro y fuera de la atención obstétrica de rutina, y factores clínicos y psicosociales que predicen la utilización de servicios. 420 embarazadas inscritas en un ensayo controlado aleatorio que reciben atención prenatal afiliada a una clínica universitaria. Se realizó una revisión de las bases de datos informatizadas. El índice Kotelchuck se calculó y se describieron las características de la atención prenatal inadecuada, adecuada o excesiva. Se evaluaron los predictores demográficos y psicosociales de visitas no programadas. Un total de 50,5% de las gestantes presentaron control prenatal adecuado de acuerdo al índice Kotelchuck, 19% fue insuficiente. Se produjeron un promedio de 5 encuentros no programados adicionales (DE: 4,2; rango, 0-26). Casi el

75% de los participantes realizó una visita obstétrica no programada, el 38% 2 o más visitas no programadas. Las mujeres con sobrepeso/obesidad, más jóvenes, con altos síntomas de angustia, y con controles prenatales excesivos e inadecuados eran más propensas a utilizar consultas adicionales.

(Pecora, San Martín, Cantero, Furfaro, & Llompарт, 2008) en Argentina publicaron un estudio cuyo objetivo fue determinar los factores por los cuales las embarazadas no concurren de manera precoz al control prenatal. Realizaron un estudio observacional trasversal en 401 embarazadas en el consultorio prenatal del Hospital Materno Infantil “Ramón Sardá” durante los meses de setiembre a octubre de 2007. Las variables de estudio fueron: nacionalidad, estado civil, escolaridad, domicilio, tiempo para llegar al hospital, paridad, edad gestacional en primera consulta, motivos para consulta tardía (económicas, no conseguía turno, laborales, atención a otros hijos, asistencia previa a un centro de salud u otra institución, desconocimiento, distancia). Entre los principales resultados encontrados se indicó que el 84% se encontraba entre las edades de 18 a 45 años, eran argentinas el 48%, el 68% tenía unión estable, el 39% tenía solo estudios primarios, el 61% provenía de la provincia de Buenos Aires, un 51% tardaba en llegar al hospital entre 2 a 4 horas, el 43% era nulípara y el 76% no concurreó de manera precoz al control prenatal. Los factores principales fueron: 33% no consiguió turno, 19% realizó algún control previo en un centro de salud u otro establecimiento, 13% por razones laborales, 11% por atención a otros hijos, 9% por distancia, otro 9% por desconocimiento y sólo 6% por razones económicas.

(Alvarez et al., 2007) en Colombia, publicaron una investigación sobre el cumplimiento de las actividades de promoción y prevención en el control prenatal en una entidad de primer nivel. Realizaron un estudio trasversal realizado en una institución prestadora de servicios de salud pública de Manizales (Caldas-Colombia), durante 3 años. Se pretendió

cuantificar y cualificar las acciones de promoción y prevención que se ejecutan en las gestantes asistentes al control prenatal de esta institución. Se encontró que entre 18-34 años fue la mayor población atendida con un 78,9%. La adherencia al control prenatal fue de 62,5%. Se obtuvo una madre sana en el 98,8% y un producto sano en el 96% de los casos.

(Chavarria, 2006) en Nicaragua; en su investigación sobre no cumplimiento de citas en atención prenatal de las embarazadas de Centros de salud Francisco Buitrago en Nicaragua, realizó estudios cualitativos: grupos focales y entrevistas a profundidad que indagaban en mujeres que no cumplieron sus citas de atención prenatal. Entre las variables a estudiar estuvieron la importancia de la atención prenatal y citas de seguimiento, así mismo estudiaron las causas para no acudir a la atención prenatal. Entre los resultados encontraron que el trato inadecuado que reciben del personal que atiende, la relación médico-paciente no satisfactoria e impersonal, así mismo la organización de los servicios en los largos tiempos de espera, no prioridad para su atención, inadecuada coordinación entre los diferentes servicios, alimentación durante la espera y gastos para exámenes no disponibles (laboratorio y ultrasonido), entre los factores sociales y culturales, fue la dificultad para obtener permiso durante el trabajo, el cuidado de los niños y de la casa, los quehaceres domésticos y el poco apoyo de la familia fueron los más relevantes. Así mismo se encontró que algunas olvidaban su cita, y actitudes de desánimo fueron asociadas. Finalmente la percepción general para no acudir es porque consideran que el servicio es incompleto porque parte de los gastos son asumidos por las pacientes como los exámenes de laboratorio, ultrasonido, multi-vitaminas y otro medicamento a comprar.

(Faneite, Rivera, Gonzalez, Linares, & Faneite, 2002), realizaron un estudio para identificar factores personales (epidemiológicos y socioeconómicos), institucionales y médicos relacionados a la inasistencia al control prenatal. Realizaron un estudio analítico en

1500 casos del Departamento de obstetricia y ginecología del Hospital Adolfo Prince en Carabobo Venezuela. Entre los resultados encontrados fueron los factores epidemiológicos el residir en barrios (53.3%), educación primaria (45.2%), estado civil concubina (50%) y edad entre 25 a 34 años (49.9%). Entre los factores sociales domino el domicilio lejano (46.4%) entre los económicos el desempleo (35.8%) y en la educación el desconocimiento sobre la importancia del control prenatal (57.6%), entre los factores institucionales el más importante fue el ambiente inadecuado para la consulta (42.6%).

## **2.3 Bases teóricas**

El control prenatal es un indicador relevante de la conducta preventiva de la madre a través del embarazo (Aguado et al., 2007; Kebreau, Saint-Jean, Crandall, & Fevrin, 2005; Ministerio de Salud, 2004). La adecuada aplicación de estos conceptos, permitirá mantener unas tasas de morbilidad materna y perinatal en niveles aceptables (Hernandez et al., 2003; Ortiz & Beltran, 2005). En el Perú las gestantes que acuden a la atención prenatal y además tienen su parto en un establecimiento de salud con capacidad resolutive, tienen un riesgo 4.5 veces menor de morir, que aquellas que no se controlan y tienen parto domiciliario (Ministerio de Salud, 2015).

Los objetivos del control prenatal, que de por cierto, no son pocos, han sido resumidos en la identificación de factores de riesgo materno y fetal, la determinación de la edad gestacional, la vigilancia de la condición fetal y la educación materna y vía administrativa de flujo de información a través del carné perinatal (Barrios & Montes, 2007). En el año 2004, el Ministerio de Salud del Perú estableció doce objetivos de la atención prenatal (Ministerio de Salud, 2004), las cuales son:

1. Evaluar integralmente a la gestante y al feto

2. Identificar la presencia de signos de alarma o enfermedades asociadas que requieran un tratamiento especializado para la referencia oportuna.
3. Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
4. Preparar física y mentalmente a la gestante para el parto, así como al entorno familiar. Plan de parto.
5. Realizar el planeamiento individualizado del parto institucional con participación de la pareja, la familia y la propia comunidad.
6. Promover el apoyo familiar y social para el cuidado prenatal.
7. Promover la lactancia materna en la crianza del recién nacido.
8. Prevenir el tétanos neonatal (vacuna antitetánica)
9. Detectar el cáncer de cérvix uterino (Papanicolaou) y la patología mamaria.
10. Promover la salud reproductiva y la planificación familiar.
11. Promover la adecuada nutrición.
12. Prevenir y/o tratar la anemia

En el año 2013, se planteó una nueva denominación de la atención prenatal, agregándole el término de “reenfocada”. La atención prenatal reenfocada tiene por objetivos vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal, para lograr una/un recién nacido sano sin deterioro de la salud de la madre, considerando el contexto físico, psicológico y social en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género e interculturalidad (Ministerio de Salud, 2013b), posteriormente en el año 2014, el Ministerio de Salud, planteó precisiones a la salud integral materna, y cambió el tiempo de la primera consulta de 30 minutos a 40 minutos y las consultas posteriores de 15 minutos a 25 minutos (Salud, 2014)

En el Perú, estos objetivos se clasifican en lo denominado atención prenatal reenfocada, que consiste en vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar complicaciones que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal para lograr una/un recién nacida/o sana/o, sin deterioro de la salud de la madre, considerando el contexto físico, psicológico y social en el marco de los

derechos humanos y con enfoque de género e interculturalidad (Ministerio de Salud, 2013b).

Características del control prenatal. Los criterios ya clásicos del control prenatal son:

1. Precoz. Debe iniciarse lo más pronto posible. El esquema del Ministerio de Salud indica que la atención prenatal reenfocada debe iniciar antes de las 14 semanas (Ministerio de Salud, 2013b), Un estudio hecho en Argentina(Pecora et al., 2008), encontraron que los principales factores para acudir tardíamente al control prenatal fue no conseguir turno (33%), realizó algún control previo en un centro de salud u otro establecimiento(Ministerio de Salud, 2004), razones laborales (13%), por atender a sus otros hijos (11%), por la distancia (9%), por desconocimiento (9%) y sólo 6% por razones económicas.
2. Periódico. Según el Ministerio de Salud, el esquema básico de la atención prenatal debe contener seis controles prenatales, el primero antes de las 14 semanas, el segundo entre las 14 a 21 semanas, el tercero entre las 22 a 24 semanas, el cuarto entre las 25 a 32 semanas, el quinto entre las 33 a 36 semanas y el sexto entre las 37 a 40 semanas (Ministerio de Salud, 2013b).
3. Completo. Actualmente el ministerio de salud determina que para que una gestante se considere controlada, es decir, tener un control prenatal completo, esta debe de tener seis o más atenciones prenatales (Ministerio de Salud, 2013b).

Entre las actividades descritas están:

1. Confirmación del embarazo
2. Orientación/consejería y evaluación nutricional
3. Anamnesis



4. Detección de signos de alarma
5. Medición de la talla
6. Control del peso
7. Determinación de la presión arterial, pulso y temperatura
8. Examen gineco-obstétrico
9. Evaluación clínica de la pelvis
10. Estimación de la edad gestacional
11. Diagnóstico del número de fetos (ecografía y/o palpación)
12. Medir la altura uterina
13. Auscultar latidos fetales (Pinard o Doppler)
14. Evaluación clínica del volumen del líquido amniótico
15. Diagnóstico de la presentación, situación fetal
16. Determinar grupo sanguíneo y Rh
17. Determinación de Hb o Hto
18. Urocultivo o examen de orina completa
19. Detección de diabetes gestacional
20. Pruebas de tamizaje para VIH/ Sífilis (prueba rápida/ELISA/RPR) previa consejería
21. Prueba en orina (con tira reactiva o ácido sulfosalicílico)
22. Vacuna Antitetánica
23. Toma de PAP
24. Evaluación odonto-estomatológica
25. Evaluación con ecografía
26. Administración de ácido fólico
27. Bienestar fetal test no estresante
28. Administración de hierro + ácido fólico
29. Administración de calcio
30. Información sobre salud sexual y reproductiva y planificación familiar
31. Psicoprofilaxis / Estimulación prenatal

Definición de Calidad de Atención

La calidad está determinada por muchas fuerzas que interactúan en el proceso de otorgamiento de servicios a los pacientes. Donabedian, indicó que las destrezas técnicas del profesional, sus conocimientos y las interacciones personales, constituyen el meollo de la calidad de los servicios. La capacidad de los profesionales para dar la atención es influida por el medio, las personas que lo sostienen, las políticas y los procedimientos, los recursos, el proceso de gobierno, los métodos de trabajo y el equipo y materiales de la organización. Los estudios sobre calidad de atención en establecimientos de salud se pueden evaluar a través de dimensiones, utilizaremos los criterios de DiPrete y colaboradores (DiPrete, Miller, Rafeh, & Hatzell, 2000) para ello:

*1. Competencia profesional.* Se refiere a la capacidad y desempeño de las funciones de los grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo. La competencia profesional se relaciona con la ejecución de las pautas y normas para el ejercicio de la atención obstétrica y la realización en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad. Esta dimensión es pertinente tanto para los servicios clínicos como no-clínicos. Para los grupos de salud, comprende las técnicas relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento así como la capacidad de suministrar asesoramiento efectivo en salud y establecer una buena relación con el paciente. La competencia administrativa profesional exige idoneidad en supervisión, capacitación y solución de problemas. La falta de competencia profesional puede variar de desviaciones menores de los procedimientos normales a errores de importancia que disminuyen la eficacia o ponen en peligro la seguridad del paciente. Por ejemplo en el control prenatal estaría asociado a las actividades realizadas, las cuales serían las correspondientes a la atención prenatal reenfocada, así mismo una gestante controlada por ejemplo no debería tener anemia o infecciones urinarias al final del sexto control, si anteriormente se le ha tratado y educado al mismo, pero lamentablemente nuestra realidad nos indica lo contrario. Otro punto de la competencia administrativa correspondería a la oportunidad de tener los resultados de laboratorio y exámenes auxiliares en las gestantes, esto a veces, no se cuenta debido a problemas logísticos.

*2. Acceso a los servicios.* El acceso implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios, comprende barreras de índole geográfica, económica, social, organizacional, cultural, o lingüística. El acceso geográfico incluye los medios de transporte, las distancias, el tiempo de viaje entre otros que impida recibir atención. El económico se refiere a la accesibilidad de los productos y servicios. El social o cultural se relaciona con la aceptabilidad de los servicios, teniendo en cuenta los valores culturales y las actitudes locales. El organizacional se refiere a si los servicios son convenientes; el horario de atención, los turnos, el tiempo de espera entre otros. El acceso lingüístico implica que los servicios se presentan en un idioma que permita a los clientes expresarse con facilidad y entender al trabajador de salud. En este punto el sistema de salud peruano presenta muchos logros, gracias al seguro integral de salud, las barreras económicas son cada vez menores ya que las atenciones prenatales son gratuitas, al realizar un control basado en la atención primaria de la salud, se realizan más atenciones prenatales en puestos y centros de salud, que en su mayoría se encuentran más cerca a la población, posiblemente un punto que aún está en desarrollo es lo correspondiente a la organización, esto es más marcado en establecimientos de zonas urbanas donde los pacientes tienen que llegar al establecimiento muy temprano, para alcanzar cupo, puesto que muchos establecimientos solamente atienden en la mañana y por la tarde la afluencia es mucho menor, sobre todo en establecimientos del Ministerio de Salud, ocasionando tiempos de espera largos. Quizá un punto que está muy poco desarrollado es lo correspondiente al acceso lingüístico, se sabe que nuestro país, es pluricultural y multilingüe, la gran mayoría de las lenguas autóctonas se encuentran en la selva y sierra del Perú, y son justamente estas zonas donde todavía el acceso no es muy bueno.

*3. Eficacia.* En la aplicación de las normas de prestación de servicios y las de orientación clínica. La evaluación de la eficacia debe responder a las preguntas: cuando el tratamiento se aplica correctamente, ¿produce los resultados deseados? y ¿es el tratamiento recomendado y la tecnología usada la más apropiada para el medio en el cual se presta el servicio? La eficacia es una dimensión importante de la calidad en el ámbito central donde se definen las normas y especificaciones. Los temas relacionados con la eficacia también

son importantes de considerar en el ámbito local en la medida en que los directivos deciden cómo aplicar las normas y adaptarlas a las condiciones locales. Cuando determinan qué normas deben aplicarse en una situación dada, hay que tener en cuenta los riesgos relativos relacionados con la condición y el procedimiento profesional. Por ejemplo la encuesta ENDES del año 2013, determina que en las gestantes menores de 20 años, el 86,7% recibió pastillas o jarabes de hierro, al 90,5% le tomaron muestra de orina y a nivel nacional al 88,5% le entregaron pastillas de hierro y al 92,5% le tomaron muestra de orina, esto quiere decir que una gran mayoría de las gestantes se les ha realizado las actividades mínimas del control pero existe aproximadamente entre 6 a 12% que estas actividades no se les han realizado (ENDES, 2013).

*4. Satisfacción del cliente.* La dimensión de satisfacción del usuario se refiere a la relación entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad. Las buenas relaciones interpersonales contribuyen a la eficacia de la asesoría prestada y al establecimiento de una buena relación general con los pacientes. Dichas relaciones son las que producen confianza y credibilidad, y se demuestran por medio del respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión y compenetración. La manera de escuchar y comunicarse es también un aspecto importante. Los servicios de salud se pueden prestar de una manera profesionalmente competente, pero si las relaciones interpersonales no son adecuadas, se corre el riesgo de que la atención sea menos eficaz. En este punto los servicios de salud, tienen aún un camino por recorrer, los estudios sobre satisfacción de las usuarias nos lo indican, en un estudio realizado por Paula Rivera y colaboradores en Colombia (2014) sobre acceso al control prenatal por gestantes, a la consulta si le gustaba la atención brindada en el servicio de salud, casi todas (99%) indicaron que no les gustó la atención (Rivera, Carvajal, Mateus, Arago, & Valencia, 2014).

*5. Eficiencia.* Los servicios eficientes son los que suministran atención más óptima al paciente y a la comunidad; suministran el mayor beneficio dentro de los recursos con los que se cuenta. Exige evitar suministrar atención

innecesaria o inapropiada y que la atención deficiente que se da como resultado de normas inefectivas se minimice o se elimine. La atención deficiente, además de ocasionar riesgos innecesarios e incomodidades al paciente, a menudo es cara y toma mucho tiempo corregirla. Dos maneras de mejorar la calidad serían eliminar el derroche y evitar los errores al mismo tiempo que se reducen los costos. Sin embargo, sería engañoso dejar implícito que las mejoras de calidad jamás exigen recursos adicionales. En las atenciones prenatales, se verifica varios puntos de ineficiencias, desde repetir exámenes de laboratorio, como por ejemplo el grupo sanguíneo que ya ha sido obtenido en un establecimiento de salud, perder muestra, esto vuelve a tomarse en el hospital cuando se va a dar a luz, o el citar a pacientes en días en los cuales no habrá atención, o no hay insumos, o el cruce de actividades en la cual tiene que acudir una gestante para su control prenatal como consultorio de medicina, psicología, odontología, laboratorio, farmacia, o sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, o el realizar actividades en la gestante y no registrarlo en la historia o el carné perinatal son ejemplos de servicios no eficientes.

6. *Continuidad.* La continuidad implica que el cliente puede recibir la serie completa de servicios de salud que necesita sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento. Los servicios deben ofrecerse en forma constante. Además, el cliente debe tener acceso a la atención rutinaria y preventiva de un proveedor que conozca su historia clínica, para poder derivarlo oportunamente a servicios especializados, cuando corresponda. A veces, la continuidad se logra asegurándose de que los clientes visiten al mismo proveedor de atención primaria; en otras situaciones, se logra mediante el mantenimiento de registros médicos bien ordenados y archivados, para que un nuevo miembro del grupo de salud conozca la historia clínica del paciente y pueda basarse y complementar el diagnóstico y tratamiento de proveedores anteriores. La continuidad es una dimensión muy importante de los servicios de calidad para la atención de salud y su carencia puede comprometer la eficacia, reducir la satisfacción del cliente y disminuir la eficiencia de la atención.

7. *Seguridad.* Implica la reducción de riesgos, de infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de los servicios (bioseguridad). La seguridad constituye una preocupación de todos los miembros del equipo de salud así como del paciente. El sistema de salud tiene la responsabilidad de asegurar que los servicios se presten con un mínimo de riesgos. Por ejemplo, los pacientes deben estar protegidos contra infecciones y los trabajadores de salud utilizar procedimientos seguros, las salas de espera en los centros de salud pueden exponer a los pacientes a infecciones si no se toman medidas para prevenirlo. Este punto entraña estrecha relación con la seguridad del paciente, como lo refiere José Betancort y colaboradores quienes definen el término “la seguridad del paciente es la garantía de las personas de estar libres de sufrir cualquier tipo de daño cuando interactúan con alguno de los servicios de salud” (Betancourt, Cepero, & Gallo, 2011) y también con el término cultura de seguridad del paciente como lo indica Fajardo-Doci y colaboradores cuando se refieren al término de cultura de seguridad en el paciente “referida a la salud es el producto de interacciones dinámicas que, a nivel de la atención del paciente, deben integrarse bajo principios éticos y científicos y permear todos los niveles de la organización hospitalaria, para elevar el nivel de la misión institucional” (Fajardo-Dolci et al., 2010). En los establecimientos de salud de primer nivel (puestos y centros de salud) la posibilidad de contagio por infecciones es muy probable, generalmente los ambientes son cerrados, con poca ventilación, los consultorios son pequeños y con mucho material que favorece el ingreso de insectos y dificultan las labores de limpieza, quizá el punto que se tienen más evidencia es lo correspondiente a los campos que se emplean en las camillas, que son usadas frecuentemente sin cambiarlas.

8. *Comodidades.* Se refieren a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionadas con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver al establecimiento. Las comodidades a menudo se relacionan con el aspecto físico del establecimiento, el personal y los materiales; así como con las comodidades físicas, la limpieza y la privacidad, otras comodidades pueden incluir las características que tornan la espera más placentera, como por ejemplo música,

videos educativos y materiales de lectura. Si bien algunas comodidades se consideran lujos en los establecimientos de salud de muchos países en desarrollo, no obstante, son importantes para atraer clientes y mantener la relación con los mismos, así como para asegurar la continuidad y cobertura de los servicios. Este punto quizá sea el que tenga más variedad en los puestos y centros de salud del Perú, sufre modificaciones marcadas si se trata de un establecimiento de zona urbana o rural, por la cantidad de pacientes que frecuentan los establecimientos, siendo mayor en zonas urbanas que rurales. Esto también está en correspondencia con el nivel de gestión de la región, puesto que actualmente se pueden apreciar establecimientos de salud totalmente remodelados y otros en los cuales todavía no ha llegado el apoyo y se puede apreciar el descuido y la carencia de comodidades.

### ***Abandono al control prenatal***

El abandono al control prenatal, de acuerdo al Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española en lo referente al término “abandonar”: dejar una ocupación, un intento, un derecho, etc., emprendido ya; se diferencia de los conceptos “completar” (en su segunda acepción: dar término o conclusión a una cosa o proceso), o adecuado, (lo apropiado a las condiciones, circunstancias u objeto de algo), puesto que los controles prenatales deben ser continuos y estar apropiadamente espaciados a lo largo del tiempo que dure el proceso de la gestación, si inicia en el primer trimestre, ello derivará en una serie de reuniones entre el personal de salud y la paciente, para el logro de los objetivos del control prenatal. Según normas del Ministerio de Salud, para que una gestante se considere controlada, es decir, que ha logrado el mínimo de actividades de vigilancia del embarazo, en seis, esto quiere decir, que si alguna gestante acude cinco o menos veces al control prenatal, ha acudido a sus consultas, pero no se ha podido llegar a determinar una gestación controlada, por ende este derecho que tiene toda gestante ha sido dejado, una vez que ya lo había empezado, es decir, ya lo había emprendido. Otro término relacionado al mismo es lo que indica María Gonzaga-Soriano y colaboradores que definen atención prenatal adecuada, refiriéndose a una definición de la OMS, que las embarazadas deban asistir a cinco consultas o más de atención prenatal (Gonzaga-Soriano, Zonana-Nacach, Anzaldo-Campos, & Olazarán-Gutiérrez, 2014). Otro autor

que plantea este mismo evento es lo descrito por Sánchez y colaboradores citado por Natahalie Alfaro y Grettel Campos (2014) donde vuelve a referir que el control prenatal adecuado es aquel que tiene más de cinco consultas con inicio en el primer trimestre del embarazo (Alfaro & Campos, 2014). Para la determinación de un control prenatal adecuado o inadecuado se ha empleado los índices de Kessner que incluye el número de consultas prenatales y edad gestacional al comienzo de la atención prenatal, el método modificado de Kotelchuck quien es más estricto con el inicio precoz de la atención prenatal y más flexible respecto al porcentaje de cumplimiento de la atención.

Rico R y colaboradores en un estudio sobre control prenatal versus resultado obstétrico perinatal, sostienen en los países en desarrollo la implementación de los programas de control prenatal rutinarios frecuentemente ha sido deficiente y sus visitas son irregulares (Rico et al., 2012). Rosa Vega y colaboradores (2012) señalan que una de las consecuencias de la atención prenatal deficiente tiene como principales fallas el inicio tardío y el bajo número de consultas, contrario con lo observado en países en desarrollo (Vega et al., 2013). Diana Bernal y Dora Córdova en Colombia (2014) en un estudio sobre mortalidad perinatal menciona que uno de los factores relevantes es el control prenatal, y sostiene que aún hay controversia en cuanto al número ideal de controles prenatales, ya que existen varios modelos, en el año 2007. La OMS concluyó que los embarazos de bajo riesgo obstétrico podrían tener 4 controles prenatales. No obstante algunas mujeres no acceden al control prenatal o no logran asistir periódicamente, por barreras ajenas a ellas (Bernal & Cardona, 2014).

Entre los factores identificados tenemos:

#### Factores culturales

La palabra cultura proviene de la palabra cultura, Latín (L), cuya última palabra trazable es *colere*, L. *Colere* tenía un amplio rango de significados: habitar, cultivar, proteger, honrar con adoración. Eventualmente, algunos de estos significados se separaron, aunque sobreponiéndose ocasionalmente en los sustantivos derivados. Así, 'habitar' se convirtió en colonus, L. de



colonia. 'Honrar con adoración' se desarrolló en cultus, L. de culto. Cultura tomó el significado principal de cultivo o tendencia a (cultivarse), aunque con el significado subsidiario medieval de honor y adoración. Por ejemplo, en inglés cultura como 'adoración' en Caxton (1483) -La forma francesa de cultura fue *culture* francés antiguo- la que se ha desarrollado en su propio significado especializado y más tarde *culture*, la que para el siglo XV temprano pasó al inglés. Por lo tanto, el significado primario fue labranza: la tendencia al crecimiento natural.

La cultura es el conjunto de costumbres, mores y "folkways", de un pueblo, heredados y transmitidos de generación en generación Para la Antropología, la cultura es el sustantivo común "que indica una forma particular de vida, de gente, de un período, o de un grupo humano"; está ligado a la apreciación y análisis de elementos tales como valores, costumbres, normas, estilos de vida, formas o implementos materiales, la organización social, etc. Se podría decir que a diferencia del concepto sociológico, aprecia el presente mirando hacia el pasado que le dio forma, porque cualquiera de los elementos de la cultura nombrados, provienen de las tradiciones del pasado, con sus mitos y leyendas y sus costumbres de tiempos lejanos.

De manera que el concepto antropológico de cultura nos permite apreciar variedades de culturas particulares: como la cultura de una región particular, la cultura del poblador, del campesino; cultura de crianza, de la mujer, de los jóvenes, cultura universitaria, culturas étnicas, etc.

Como se dijo, toda definición debe ser precisa, con una clara delimitación de lo que es o no parte del término definido. La definición de Taylor hoy es considerada como imprecisa y poco clara, porque es enumerativa y abierta, es decir, hace una corta enumeración de lo que Taylor estima que es parte de la cultura ("conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, costumbres...") dejando abierta la posibilidad para cualquier otra cosa que uno quiera incluir, cuando dice *"...y cualquier otras aptitudes y hábitos..."* El problema es que aún con el paso de todos estos años desde que Taylor publicó su célebre definición, no hay una definición común del término cultura

para los antropólogos de todo el mundo, poniendo de manifiesto que cultura es uno de los términos más difíciles de definir del vocabulario antropológico.

Tratando de resolver el problema de la falta de una definición común, en 1952, Kroeber y Cluckhoholm, revisaron todas las definiciones de cultura que se habían escrito hasta su tiempo (en inglés, por supuesto); encontraron nada menos que 160 definiciones. Finalmente formularon una definición que aunque extensa, toma en cuenta todas las particularidades y cualidades de la cultura, que a su juicio satisfacían las necesidades conceptuales de la antropología cultural norteamericana de su época: "La cultura consiste en pautas de comportamiento, explícitas o implícitas, adquiridas y transmitidas mediante símbolos y constituye el patrimonio singularizador de los grupos humanos, incluida su plasmación en objetos; el núcleo esencial de la cultura son las ideas tradicionales (es decir, históricamente generadas y seleccionadas) y, especialmente, los valores vinculados a ellas; los sistemas de culturas, pueden ser considerados, por una parte, como productos de la acción, y por otra, como elementos condicionantes de la acción futura" (Millan, 2000).

El concepto de cultura proviene del campo de la antropología. La cultura es la base de la investigación y las teorías antropológicas. Pero el concepto de la cultura también se ha expandido a otras disciplinas, tales como la psicología transcultural y la educación multicultural. En los Estados Unidos de Norteamérica, las enfermeras comenzaron a manejar el concepto de cultura en los años 60 y fue la primera profesión de la salud en utilizarla. La mayoría de las personas, cuando escuchan la palabra cultura, piensan en términos como el lenguaje, prácticas alimenticias, vestido, religión, roles de género, familia, y acerca de las conductas que otros esperan que una persona adopte. Existen entre 150 y 200 definiciones de cultura, pero pueden ser categorizados en dos tipos principales: la cultura como ideas o la cultura como comportamientos.

Asimismo con una perspectiva cultural la importancia de atender las necesidades nutricionales de la mujer antes, durante la gestación y después

del parto, sustentara la implementación de acciones e impacto en la salud y bienestar de las mujeres y de su niño por nacer lo cual resulta importante para identificar el estado nutricional de la gestante como parte de los estilos de vida saludable.

En el trabajo Factores Socioculturales y del Entorno que Influyen en las Prácticas Alimentarias de Gestantes con y sin Obesidad se determinó que la obesidad es un problema prevalente en el embarazo. La falta de orientación resulta en prácticas alimentarias inadecuadas, posiblemente por falta de información o que la información obtenida no siempre es la correcta. Es recomendable y necesario crear equipos que se encarguen de diseñar y evaluar programas educativos con estrategias específicas que tomen en cuenta las necesidades de las mujeres en materia de salud, alimentación y estilo de vida, antes, durante y después del embarazo (Sánchez, 2010).

Se consideraba a la nutrición como un proceso exclusivamente biológico, sin embargo actualmente involucra aspectos sociales y ecológicos. Se destaca la convergencia entre el concepto de salud y nutrición, a partir de la concepción biopsicosocial del individuo, motivo por el que se enfatiza la importancia de la educación para la salud como herramienta preventiva y promocional que no solo incluye el aspecto informativo sino también la modificación de conductas con el objetivo de que el individuo adquiera estilos de vida saludables (Macias 2009).

#### Factores personales:

Son aquellos que tienen que ver directamente con la paciente para poder incidir o no en abandonar el control prenatal una vez iniciado el mismo

- *Embarazo no deseado.* Según Maribel Orozco y colaboradores, definen el embarazo no deseado cuando la mujer queda embarazada sin quererlo, pero por cuestiones personales, sociales y culturales, se ve obligada a tener el producto. El mismo estudio refiere que el 80% de las gestantes con embarazo no deseado no concluyen las 4 consultas prenatales, comparado con el 36,7% de las de embarazo deseado (Orozco, Mendoza, Ramos, López, & Ruelas,

2011). Por lo que se postula que el embarazo no deseado puede ser un factor de riesgo para abandono al control prenatal.

- *Primaria incompleta.* El bajo nivel educativo está más asociado a la utilización o no del control prenatal (Cáceres-Manrique, 2009). El informe sobre los objetivos de desarrollo del milenio, para Perú indicó que la atención prenatal fue mayor en las madres con autonomía en el hogar (86%) que en las madres con menor autonomía (57%), para el año 2007, el 99% de las mujeres con estudios superiores que se encontraban embarazadas tuvo atención prenatal, mientras que la atención en los embarazos de las mujeres sin educación solo alcanzó el 57%. Faneite y colaboradores (Faneite et al., 2002) encontraron en un grupo que abandonó al control prenatal 45,2% tenía educación primaria.
- *Soltera sin pareja estable.* Cáceres (Cáceres-Manrique, 2009) identificó que la falta de pareja estable se asocian al abandono al control prenatal. En Canadá (Heaman, Green, Newburn-Cook, Elliott, & Helewa, 2007) encontraron que las diferencias sociales juegan un papel fundamental en la inequidad del cuidado prenatal, en ese mismo país hay gente con poca educación que dificultan al control prenatal. Faneite y colaboradores (Faneite et al., 2009) identificaron el ser soltera para que el 39.3% tenga inasistencia al control prenatal.
- *Residir en barrio marginal.* Cáceres (Cáceres-Manrique, 2009) identificó que la baja condición socioeconómica se asocian al abandono al control prenatal. En México (Fuentes et al., 2009) se identificó como factor para menos acceso a la atención prenatal, mujeres que viven en condiciones de pobreza y que pertenecen a minorías sociales. Faneite y colaboradores (Faneite et al., 2009) encontró que el 53,3% que abandonó el control prenatal residía en barrios.
- *Domicilio lejano.* En México (Fuentes et al., 2009) se identificó que el lugar de residencia como factor para menos acceso a la atención prenatal. Faneite y colaboradores (Faneite et al., 2009) encontraron en un grupo que abandonó al control prenatal 46,4% procedían de un domicilio lejano. En otro estudio de Faneite y colaboradores (Faneite et al., 2009) volvieron a identificar el domicilio lejano (19,3%) como elemento para inasistencia al control prenatal.

- *Maltrato familiar.* Chavéz (Lipson, 2000) identificó al maltrato físico o el ejercicio de la violencia por parte del familiar como un factor asociado al abandono al control prenatal, Munares en su estudio sobre abandono al control prenatal encontró que el 8,5% de las gestantes que abandonaron presentaron violencia familiar, comparada con el 7,9% que no abandonaron (Munares-Garcia, 2013).
- *Desempleo.* Corresponderá cuando el resultado de las actividades realizadas por la mujer no le llevan a obtener alguna retribución económica. Cáceres(Cáceres-Manrique, 2009) identificó que los bajos ingresos y las barreras financieras se asocian al abandono al control prenatal. En México(Chavarria, 2006) se identificó la ocupación como factor para menos acceso a la atención prenatal. Faneite y colaboradores (Faneite et al., 2002) encontraron en un grupo que abandonó al control prenatal 35,8% presentaban desempleo y en otro estudio realizado por el mismo autor (Torres de Galvis, Montoya, Cuartas, & Osorio, 2005) fue del 27,3%.
- *Ocupación manual.* Se plantea que cuando una gestante realiza labores menores (manuales) tiene mayor posibilidad, de no completar sus controles prenatales comparada con aquellas gestantes que no realizan esas labores Oscar Munares identificó que el 42,1% de las gestantes que acudieron al Instituto Nacional Materno Perinatal abandonaron el control prenatal, comparada con el 40,2% que no abandonó(Munares-Garcia, 2013).
- *Dificultad para obtener permiso en el trabajo.* Chavarría (Chavarria, 2006) identificó dificultad para obtener permiso durante el trabajo como factor para abandono al control prenatal. Camarena es su tesis sobre factores de abandono al control prenatal en un hospital de EsSalud, encontró que el 18,6% de las gestantes que abandonaron el control prenatal presentaron dificultades de permisos en el trabajo, comparado con el 10,2% de las que no abandonaron (Camarena, 2012).

- *No disponibilidad para el cuidado de los hijos.* Chavarría(Chavarria, 2006) identificó que el cuidado de los niños, de la casa como factor para abandono al control prenatal. Oscar Munares encontró que el 24,4% de las gestantes que abandonaron el control prenatal tuvieron dificultades para el cuidado de los hijos, comparado con el 10,4%(Munares-Garcia, 2013); Camarena es su estudio realizado en EsSalud, encontró un 18,6% de gestantes que abandonaron el control prenatal con este mismo problema, comparado con el 8,4% de las que no abandonaron (Camarena, 2012).
- *Quehaceres domésticos.* Chavarría (Chavarria, 2006) identificó que la realización de los quehaceres domésticos es un factor para abandono al control prenatal. Camarena encontró que el 10,2% de las gestantes que abandonaron el control prenatal en un hospital de EsSalud presentaron dificultades por quehaceres domésticos, comparado con el 4,8% con las que no abandonaron(Camarena, 2012). Munares encontró un 28,0% de gestantes con este problema, comparada con el 7,9% de las que no abandonaron (Munares-Garcia, 2013).
- *Poco apoyo de la familia.* Chavarría(Chavarria, 2006) identificó que el poco apoyo de la familia es un factor para abandono al control prenatal. Munares en su estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, encontró que el 84,8% de las gestantes que abandonaron el control prenatal manifestaron haber tenido poco apoyo de la pareja (Munares-Garcia, 2013), Camarena en su estudio en EsSalud, determino que el 9,6% de las gestantes con abandono al control prenatal presentaron poco apoyo de la familia (Camarena, 2012).
- *Olvido de citas.* Chavarría(Chavarria, 2006) identificó el olvido de las citas como factor para abandono al control prenatal. Camarena en su estudio realizado en EsSalud, encontró que el 49,1% de las gestantes que abandonaron refirieron que se olvidaron las citas, comparada con el 32,3% de las que no abandonaron(Camarena, 2012). Munares en su estudio realizado en el Ministerio de Salud, encontró un 36,0% de gestantes que abandonaron con olvido de las citas de control (Munares-Garcia, 2013).

- *Edad.* Tamez y colaboradores citado por Chavarría(Chavarria, 2006) identificó que cuando las pacientes se encuentran en los extremos de la vida reproductiva tienen mayor probabilidad de tener menos acceso a la atención prenatal.
- *Educación secundaria.* Faneite y colaboradores (Faneite et al., 2002) identificaron que el 59,7% de las pacientes que presentan inasistencia al control prenatal tenían educación secundaria.
- *Multiparidad.* Tamez y colaboradores citado por Chavarría (Chavarria, 2006) identificaron a la multiparidad como un factor de menos acceso a la atención prenatal. Camarena en su estudio de EsSalud, encontró que el 10,2% de las gestantes que abandonaron eran multíparas, comparado con el 5,4% de las que no abandonaron(Camarena, 2012). Munares (Munares-Garcia, 2013) en su estudio en el Instituto Nacional Materno Perinatal encontró que el 7,3% de las gestantes que abandonaron eran multíparas comparadas con el 1,8% de las que no abandonaron.
- *Importancia del control prenatal.* Chavarría(Chavarria, 2006) identificó que uno de los factores asociados al no cumplimiento de las citas de seguimiento del control prenatal fue la poca importancia al mismo, así como a las citas de seguimiento, así mismo las actitudes de desánimo también se asocian a este factor. Faneite y colaboradores (Faneite et al., 2002) identificó este factor para inasistencia al control prenatal, lo encontró en el 48,8% de las que inasistieron.
- *Desconocimiento sobre el control prenatal.* Corresponderá a la falta de conocimiento por parte de las pacientes de la existencia de las actividades del control prenatal. Cáceres (Cáceres-Manrique, 2009) identificó que el desconocimiento sobre las ventajas del control prenatal se asocian al abandono al control prenatal. Faneite y colaboradores (Faneite et al., 2002) encontraron en un grupo que abandonó al control prenatal 57,6% desconocía sobre la importancia del control.

*Factores institucionales (percepción sobre el establecimiento o servicio).*

- *Ambiente inadecuado para la consulta prenatal.* Faneite y colaboradores (Faneite et al., 2009) encontraron en un grupo que abandonó al control prenatal 42,6% identificó como ambientes inadecuados para la consulta como un factor de abandono, en otro estudio realizado por el mismo autor (Torres de Galvis et al., 2005) fue del 39,2%.
- *Citas de seguimiento.* Chavarría identificó que uno de los factores para no cumplimiento de citas de control prenatal era la poca importancia a las citas de seguimiento. La adherencia de la embarazada al control prenatal comprende tanto la asistencia al control, como el cumplimiento de las recomendaciones.
- *Poca prioridad para su atención.* Chavarría (Chavarria, 2006) identificó este factor como determinante para no seguimiento del control prenatal. Considerando que la paciente dejó de acudir al establecimiento de salud porque consideró que le daban escasa preferencia para ser atendida.
- *Incoordinación entre los servicios para atenderla.* Cuando una gestante recibe varias citas de diferentes actividades a realizar que complementan las atenciones prenatales, como laboratorio, psicoprofilaxis, estimulación prenatal consulta odontológica, psicológica, u médico especialista, puede haber descoordinación entre estos servicios y pueden hacer que se anulen entre ellos, en el estudio de Munares (Munares-Garcia, 2013) el 34,8% de las gestantes que abandonaron el control prenatal presentaron incoordinación entre los servicios, Camarena (Camarena, 2012) en su estudio de EsSalud, el 43,7% de las gestantes presentó este evento.
- *Gastos para exámenes no disponibles.* Chavarría (Chavarria, 2006) identificó este factor como elemento para no continuar con la atención prenatal o que los gastos sean cubiertos parcialmente.
- *Tiempo de espera largo.* Chavarría (Chavarria, 2006) identificó este factor como elemento para no cumplimiento del control prenatal considerando que la paciente refería esperaba mucho para ser atendida.



- *Servicios incompletos.* Se refiere a cuando la paciente percibe que no ha recibido toda la atención que ella esperaba o por razones de la organización del sistema de salud, cuando se había planeado tener una consulta prenatal está se programó, pero finalmente no se realizó.
- *Ubicación lejana al lugar de atención.* Cuando el establecimiento de salud, donde la gestante es asignada para ser atendida para su control prenatal, puede ser considerado lejano, esto es, tome un tiempo más de lo prudencial para llegar a atenderse, puede llevar a que una gestante abandone el control prenatal, Camarena (Camarena, 2012) en su estudio de EsSalud, encontró que el 28,1% de las gestantes que abandonaron el control prenatal, lo hicieron por este evento, Munares (Munares-García, 2013) en su estudio realizado en la Maternidad de Lima, encontró que el 17,7% de las gestantes que abandonaron presentaron este evento.
- *Poco tiempo para la consulta.* Faneite y colaboradores (Faneite et al., 2009) identificó este facto en el 23,2% de pacientes que inasistieron al control prenatal.

### *Factores médicos*

- *Relación médico-paciente insatisfactoria.* Chavarria (Chavarria, 2006) encontraron que el trato inadecuado era un factor para abandono al control prenatal, Chavéz (Lipson, 2000) identificó como el maltrato como otro elemento asociado. Chavarría (Chavarria, 2006) identificó como la inadecuada coordinación entre los diferentes servicios, la alimentación durante la espera y gastos para exámenes no disponibles (laboratorio y ultrasonido) como factores para no seguimiento del control prenatal.
- *Relación médico-paciente impersonal.* El avance en la tecnología ha llevado a que la búsqueda del proceso salud-enfermedad, sea más un proceso de aparatos y pruebas que en su mayoría resultan impersonales (Cruz, Frago, González, Sierra, & Labrada, 2010). Camarena (Camarena, 2012) en su

estudio de EsSalud, encontró que el 31,1% de las gestantes que abandonaron el control prenatal manifestaron haber tenido una relación médico-paciente impersonal, Munares(Munares-Garcia, 2013) en su estudio de la Maternidad de Lima encontró un 17,1% en las gestantes que abandonaron.

- *Consulta de baja calidad.* Faneite y colaboradores (Faneite et al., 2009) identificó este factor en el 29,8% de gestantes que inasistieron a la consulta prenatal.

## **CAPITULO 3: METODOLOGÍA**

### **3.1. Tipo y diseño de investigación**

#### **3.1.1. Tipo de investigación**

Por tratarse de un estudio en el cual se registraba las variables en adelante en el tiempo, se consideró como estudio prospectivo, así mismo como la medición de las variables fue recolectado en un solo momento en el tiempo, se consideró al estudio como trasversal.

#### **3.1.2. Diseño**

Cuantitativo, Observacional, analítico de casos y controles.

### **3.2. Unidad de análisis**

- Siendo la unidad mínima en el cual se generalizarán los resultados se consideró como unidad de análisis de las gestantes atendidas.

### 3.3. Población de estudio

Con la necesidad de poder obtener un grupo que haya sido atendidos en centros y puestos de salud, correspondió a las gestantes atendidas en dichos establecimientos para control prenatal y que finalmente fueron atendidas para su parto en el Hospital de San Juan de Lurigancho entre febrero a abril del 2012. Se decidió la recolección en el hospital, debido a que luego del parto nos dará la totalidad de atenciones prenatales que se han podido realizar en la gestante.

### 3.4. Tamaño de muestra.

Un reporte de Faneite y colaboradores (Faneite et al., 2009) que el promedio porcentual de los factores para abandonar el control prenatal fue del 30% ( $p_1$ ), tomando como parámetro la prevalencia máxima ( $p_2=50\%$ ), a una confianza ( $Z_\alpha$ ) del 95% y un poder del 80% ( $Z_\beta$ ) aplicando la fórmula para estudios comparativos

$$n = \frac{[Z_\alpha * \sqrt{2p(1-p)} + Z_\beta * \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$n = 90$$

Confianza (Z)	95%	1,96
Poder (1 - beta)	80%	0,80
p1 de los casos	30%	0,30
p2 de los controles	50%	0,50
Promedio (p)		0,40
Muestra mínima según:		
Casos		90
Controles		90
<b>Tamaño de muestra total</b>		<b>180</b>

*Tipo de muestreo*

- Para poder reducir No probabilístico por conveniencia pareado por día de atención y sexo del recién nacido

### 3.5. Selección de muestra.

Por tratarse de un estudio analítico de casos y controles, se presentan la selección de ambos grupos, de los casos y los controles, ambos presentan el desenlace de la variable dependiente, es decir, que presenten (casos) o no presenten (controles) el abandono al control prenatal.

#### *Criterios de inclusión*

##### *Para los casos*

- Aceptó participar en el estudio
- Embarazo normal
- Edad mayor a 19 años
- Abandono al control prenatal (1- 5 controles prenatales)
- Parto atendido en el establecimiento
- Recién nacido vivo

##### *Para los controles*

- Aceptó participar en el estudio
- Embarazo normal
- Edad mayor a 19 años
- Control prenatal mayor o igual a 6
- Parto atendido en el establecimiento
- Recién nacido vivo

#### *Criterios de exclusión*

##### *Para los casos y controles*

- Impedimento del habla

- Registros de historia incompletos
- Traslado de puérpera
- Traslado de recién nacido
- Embarazos múltiple
- No traer Carné Perinatal

Para la determinación y apareamiento de los casos y controles, se procedió a aparearlos por fecha de atención y sexo del recién nacido (variables control), se escogieron estas variables porque se consideraron que mantenían cierta similitud entre casos y controles, pero no perturbarían las relaciones entre variables intervinientes y dependientes, si se emplearían otras variables que se considerarían factores asociados se anularían y no se podrían demostrar las asociaciones.

### 3.6. Identificación de variables.

#### Variables independientes

- **Factores culturales.** Lenguas habladas, uso de medicina tradicional, religión, estado nutricional (peso pregestacional y talla), vive con padres o con su pareja, practica deporte y tiene casa propia.
- **Factores personales.** Correspondió a aquellos eventos que por ser íntimamente relacionados a la gestante juegan un papel para la decisión de abandono al control prenatal como la edad extrema (<15 años o >35 años), Embarazo no deseado, Primaria incompleta, soltera sin pareja estable, residir en barrio marginal, domicilio lejano del lugar de atención, maltrato familiar, desempleo, ocupación manual, dificultad para obtener permiso en el trabajo para recibir atención prenatal, no disponibilidad para el cuidado de los hijos, dificultades por quehaceres domésticos, poco apoyo de la familia, olvido de citas, multiparidad (>5 partos) e importancia del control prenatal.

- **Factores institucionales.** Desconocimiento sobre el control prenatal, ambiente inadecuado para la consulta, citas de seguimiento, poca prioridad para su atención, incoordinación entre los servicios para atenderla, gastos para exámenes no disponibles, tiempo de espera largo, servicios incompletos, ubicación lejana al lugar de atención y poco tiempo para la consulta prenatal.
- **Factores médicos.** Relación médico-paciente insatisfactoria: trato inadecuado, maltrato profesional, relación médico-paciente impersonal, miedo al examen ginecológico y consulta prenatal de baja calidad (puntaje por debajo del promedio del cuestionario de calidad de atención).

### **Variable dependiente**

- **Abandono del control prenatal.** Aquella gestante en la cual no concluyó con la cantidad de citas de atenciones prenatales referidas por el Ministerio de Salud consensuadas como mínimo de 6, cada consulta prenatal tiene objetivos propuestos, al tener menor cantidad de controles, habrá menos tiempo con la gestante y por ende menor probabilidad de lograr los objetivos propuestos, independientemente de la edad gestacional en la cual asistió la gestante. Por lo que operativamente el abandono al control prenatal correspondió a toda gestante que ha acudido a menos de 6 controles prenatales durante su embarazo, atendida en centros o puestos de salud, considerándose no abandono cuando la gestante presentó 6 o más atenciones prenatales.

### **Variables intervinientes**

- **Datos generales.** Corresponderán a la edad, estado civil, grado de instrucción, distrito de procedencia y lugar de nacimiento.

- **Datos obstétricos.** Fórmula obstetricia, partos por cesárea, periodo intergenésico, establecimientos de atención donde se atendió, número de controles prenatales.
- **Datos reproductivos.** Menarquia, inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales y métodos anticonceptivos modernos.
- **Datos del recién nacido.** Edad gestacional, Apgar al minuto, Apgar a los 5 minutos, perímetro cefálico, talla y peso.
- **Calidad del control prenatal.** Corresponderá a la evaluación de las dimensiones de la calidad, competencia profesional, seguridad, accesibilidad, eficacia, comodidades.
- **Competencia profesional en el control prenatal.** Corresponderá a la percepción que tiene la gestante con respecto a la forma como manejaba su caso y como ella lo percibía, si estaba de acuerdo en las decisiones que tomaba para su control del embarazo.
- **Seguridad en el control prenatal.** Corresponderá a la percepción de la paciente sobre los elementos de seguridad dentro de las instalaciones, que tenían el servicio para el control de infecciones y limpieza en el mismo.
- **Accesibilidad al control prenatal.** Corresponderá a la percepción de la paciente de si su control prenatal realizado estuvo fácil de acceder en cuanto a tiempo, organización y servicio mismo.
- **Eficacia del control prenatal.** Corresponderá a la percepción de la paciente de si el profesional realizaba todo lo que correspondería a la atención a realizar.



- **Comodidades del control prenatal.** Corresponderá a la percepción de la paciente de si los ambientes del establecimiento de salud, servicios higiénicos y consultorio eran cómodos.

### **Variables control**

- **Día de atención.** Corresponderá al de la atención del parto, la cual podrá utilizarse para proceso de apareamiento en  $\pm 2$  días.
- **Sexo del recién nacido.** Corresponderá al sexo identificado al nacimiento, pudiendo ser varón o mujer.

### **3.7. Técnicas de recolección de datos.**

Se aplicó dos técnicas, la primera fue la observación documental de la historia clínica y el Carné Perinatal para la verificación del control prenatal. La segunda fue la entrevista estructurada a la paciente para indagación de los factores.

#### *Instrumento de recolección de datos*

- **Formulario de recolección de datos (Anexo 2):** Correspondió a elementos necesarios para identificación del abandono al control prenatal, dividido en dos áreas, la primera correspondió a la identificación del abandono al control prenatal y la segunda se asoció a identificar los factores del abandono. *Calidad del control prenatal.* Correspondió a un formulario para ser aplicado como entrevista a las pacientes, fue conformado por trece áreas, de respuestas cerradas dicotómicas (Si-No). Para la validez de contenido se aplicó juicio de expertos ( $n=3$ ) los cuales revisaron el instrumento bajo la metodología del grupo nominal, así mismo la validez de constructo indicó que el cuestionario fue considerado adecuado  $KMO=0,515$  (Garmendia, 2007). El Chi cuadrado de Bartlett fue considerado

significativo ( $p < 0,001$ ), estas 13 dimensiones explicaron el 64,8% de la varianza del evento. Se aplicó el coeficiente alfa de Cronbach obteniendo un resultado de 0,682 (Anexos 3 y 4).

### **3.8. Análisis e interpretación de la información**

#### *Procedimientos*

Se asignaron a 175 pacientes atendidas para parto en el Hospital de San Juan de Lurigancho, 87 con control prenatal con menos de 6 controles prenatales (grupo caso) realizado en centros o puestos de salud, luego se buscó 88 pacientes con controles prenatales mayor o igual a 6 (grupo control) apareándolo por la fecha de atención que puede ser  $\pm 2$  días del día del parto y con el sexo del recién nacido similar. Luego de presentarles el estudio de forma oral, se procedió a identificarlas para los criterios de selección. Posteriormente se realizó el proceso de consentimiento informado, iniciando con la lectura del mismo, absolución de preguntas y firma del mismo (Anexo 1), se entregó una copia del consentimiento a cada paciente. Posteriormente se aplicó el formulario de factores datos generales y factores de abandono al control prenatal (Anexo 2). Este proceso se hará inicialmente en los caso y luego en su correspondiente control hasta cumplir con la cuota establecida. Una vez concluido la recolección de información, se procedió a agradecer a la paciente por su participación.

#### *Procedimientos éticos.*

El estudio guardó la confidencialidad del participante, por lo que no se solicitó nombres y apellidos, sino que se asignó códigos ID los cuales serán conocidos únicamente por el investigador principal y por personas autorizadas por él, este proceso de registro quedará consignado en el consentimiento informado. En todo momento se realizó todos los procedimientos acordados según protocolos establecidos en el presente proyecto, con la aprobación del omite de Ética en Investigación Científica con Carta N° 064-2012-UADI-HSJL.

### *Plan de Análisis*

Toda la información, se tabuló en una base de datos en Microsoft Excel y se analizó a través del programa estadísticos SPSS. En las variables cualitativas, se aplicó la distribución de frecuencias y proporciones. En las variables cuantitativas se aplicó estadísticas descriptivas: medidas de tendencia central y de dispersión. Para la inferencia estadística se aplicó el estadístico Chi cuadrado o Exacto de Fisher considerando significativo a un nivel de significación estadístico alfa menor a 0,05; para la determinación de la fuerza de asociación entre los factores y el abandono al control prenatal se aplicó la razón de productos cruzados (OR) con sus intervalos de confianza al 95%. Para la determinación del modelo de factores asociados al abandono se aplicó regresión logística binaria con el método condicional hacia atrás (ORa) así mismo para la evaluación del modelo se aplicó la prueba de Hosmer y Lemeshow considerándose un modelo adecuado si  $p > 0,05$ . Para la determinación de la correspondencia del modelo con el problema del abandono al control prenatal se aplicó la  $R^2$  de Cox y Snell así como  $R^2$  de Nagelkerke, finalmente para la determinación del poder predictivo de los factores identificados se aplicó la Curva ROC.

## **CAPITULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **4.1. RESULTADOS**

Se presentaran los datos de 175 participantes 87 casos es decir participantes que abandonaron el control prenatal y 88 controles, es decir, participantes que tuvieron 6 o más controles prenatales. Posteriormente se presenta la información de los factores culturales, factores personales, factores institucionales y factores médicos asociados al abandono al control prenatal.

#### **Datos Generales**

Con respecto al grupo etario, el grupo entre 20 a 35 años presentó un 88,6%, la ocupación más frecuente fue la de ama de casa (94,3%); en cuanto al nivel educativo fue en un 80,6% secundaria y las regiones de procedencia más frecuentes fueron Lima (44%), y en el resto de las regiones un total de 46% predominantemente de las regiones de Huánuco (9,7%) y Junín con 8% (Tabla 1).

TABLA 1

**DISTRIBUCION DE LOS DATOS GENERALES DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN CENTROS Y PUESTOS DE SALUD, 2012**

	Caso		Control		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Edad (años)							0,615
20 a 35	76	87,4	79	89,8	155	88,6	
36 a 43	11	12,6	9	10,2	20	11,4	
Ocupación							0,700
Ama de casa	82	94,3	83	94,3	165	94,3	
Comerciante	1	1,1	2	2,3	3	1,7	
Costurera	1	1,1	1	1,1	2	1,1	
Docente	1	1,1	0	0,0	1	0,6	
Estudiante	0	0,0	1	1,1	1	0,6	
Servicios en restaurante	1	1,1	1	1,1	2	1,1	
Secretaria	1	1,1	0	0,0	1	0,6	
Nivel educativo							0,345
Primaria	8	9,2	11	12,5	19	10,9	
Secundaria	71	81,6	70	79,5	141	80,6	
Superior Técnica	6	6,9	7	8,0	13	7,4	
Superior universitaria	2	2,3	0	0,0	2	1,1	
Región de nacimiento							0,099
Lima	39	44,8	38	43,2	77	44,0	
Huánuco	7	8,0	10	11,4	17	9,7	
Junín	8	9,2	6	6,8	14	8,0	
Piura	5	5,7	4	4,5	9	5,1	
Cajamarca	4	4,6	4	4,5	8	4,6	
Cusco	5	5,7	3	3,4	8	4,6	
Huancavelica	2	2,3	4	4,5	6	3,4	
Ancash	1	1,1	4	4,5	5	2,9	
Apurímac	2	2,3	3	3,4	5	2,9	
Ayacucho	3	3,4	2	2,3	5	2,9	
Loreto	2	2,3	2	2,3	4	2,3	
San Martín	3	3,4	1	1,1	4	2,3	
Lambayeque	1	1,1	2	2,3	3	1,7	
Pasco	2	2,3	0	0,0	2	1,1	
Puno	1	1,1	1	1,1	2	1,1	
Ucayali	1	1,1	1	1,1	2	1,1	
Amazonas	0	0,0	1	1,1	1	0,6	
Callao	0	0,0	1	1,1	1	0,6	
La Libertad	0	0,0	1	1,1	1	0,6	
Tumbes	1	1,1	0	0,0	1	0,6	
Total	87	100,0	88	100,0	175	100,0	

TABLA 2

## DESCRIPTIVOS DEL CONTROL PRENATAL SEGÚN CARACTERÍSTICAS MATERNAS

	Abandono	n	x	s	Min	Max	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
Menarquia (años)	Si	87	13,3	2,0	9	23	12,0	13,0	14,0
	No	88	13,5	1,7	9	19	12,0	14,0	14,0
Inicio de relaciones sexuales (años)	Si	87	18,2	3,3	13	32	16,0	17,0	19,0
	No	88	17,8	2,8	13	28	16,0	17,0	19,0
Número de parejas sexuales	Si	87	1,7	0,9	1	6	1,0	2,0	2,0
	No	88	1,6	0,8	1	5	1,0	1,0	2,0
Talla materna (cm)	Si	87	152,3	6,6	140	175	148,5	152,0	155,0
	No	88	151,6	4,6	140	168	148,5	151,5	154,5
Índice de Masa corporal (Kg/m <sup>2</sup> )	Si	87	24,9	3,8	14,7	36,5	22,4	24,0	27,0
	No	88	25,0	3,6	15,8	36,3	22,4	24,8	26,8
Gestaciones	Si	87	2,5	1,2	1	6	2,0	2,0	3,0
	No	88	2,3	1,2	1	7	1,0	2,0	3,0
Nacidos a término	Si	87	2,5	1,2	1	6	2,0	2,0	3,0
	No	88	2,3	1,2	1	7	1,0	2,0	3,0
Prematuros	Si	87	0,0	0,1	0	1	0,0	0,0	0,0
	No	88	0,0	0,1	0	1	0,0	0,0	0,0
Abortos	Si	87	-	-	-	-	-	-	-
	No	88	0,0	0,1	0	1	0,0	0,0	0,0
Hijos vivos	Si	87	2,5	1,2	1	6	2,0	2,0	3,0
	No	88	2,3	1,2	1	7	1,0	2,0	3,0
Cesáreas	Si	87	0,3	0,7	0	3	0,0	0,0	0,0
	No	88	0,4	0,8	0	3	0,0	0,0	0,0
Periodo intergenésico (años)	Si	87	3,2	2,9	0	12	1,0	3,0	4,5
	No	88	3,8	3,2	0	13	0,0	4,0	6,0
Controles prenatales total	Si	87	3,7	1,3	1	5	3,0	4,0	5,0
	No	88	8,2	1,4	6	12	7,0	8,0	9,0
Controles prenatales I trimestre	Si	87	0,2	0,4	0	2	0,0	0,0	0,0
	No	88	0,9	1,0	0	6	0,0	1,0	1,0
Controles prenatales II trimestre	Si	87	0,9	0,8	0	3	0,0	1,0	2,0
	No	88	2,9	1,0	0	5	2,0	3,0	4,0
Controles prenatales III trimestre	Si	87	2,7	1,2	0	5	2,0	3,0	4,0
	No	88	4,4	1,5	1	9	3,0	4,0	6,0

Podemos determinar que en las gestantes que abandonaron el control prenatal (casos), el promedio de controles prenatales fue de 3,7; mientras que la mediana fue de 4 controles, en comparación las gestantes que no abandonaron el control prenatal (controles) presentaron en promedio 8,2 controles prenatales y una mediana de 8 controles (Tabla 2).

Cuando se realizó la comparación con la frecuencia de los controles prenatales por trimestres de embarazo se observó que hubieron diferencias significativas entre las gestantes que no abandonaron su control en el II trimestre de embarazo mostrando que tuvieron un promedio de controles de 2,9 con una mediana de 3 en comparación de las que abandonaron con un promedio de 0,9 con una mediana de 1. También cuando se realizó la comparación con la frecuencia de los controles prenatales por trimestres de embarazo se observó que hubieron diferencias significativas entre las gestantes que no abandonaron su control en el III trimestre de embarazo mostrando que tuvieron un promedio de controles de 4,4 con una mediana de 4 en comparación de las que abandonaron con un promedio de 2,7 con una mediana de 3 (Tabla 2).

**TABLA 3**

<b>DESCRIPTIVOS DEL CONTROL PRENATAL SEGÚN CARACTERÍSTICAS NEONATALES</b>									
	<b>Abandono</b>	<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>P<sub>25</sub></b>	<b>P<sub>50</sub></b>	<b>P<sub>75</sub></b>
Peso Recién nacido (g)	Si	87	3337,9	503,0	1720	4480	3050,0	3380,0	3635,0
	No	88	3412,4	496,0	2070	4780	3105,0	3381,0	3697,5
Talla recién nacido (cm)	Si	87	50,4	2,3	42,0	59,0	49,8	50,0	52,0
	No	88	50,1	2,4	40,0	55,0	49,0	50,0	52,0
Apgar al minuto	Si	87	8,5	0,7	5	9	8,0	9,0	9,0
	No	88	8,5	0,8	5	9	8,0	9,0	9,0
Apgar a los 5 minutos	Si	87	9,0	0,2	9	10	9,0	9,0	9,0
	No	88	9,0	0,3	7	10	9,0	9,0	9,0
Perímetro cefálico (cm)	Si	87	34,2	2,7	28,0	53,0	33,0	34,0	35,0
	No	88	34,3	2,9	30,0	51,0	33,0	34,0	35,0

Cuando se realizó la comparación de los datos descriptivos del control prenatal según sus características neonatales no se encontró diferencia significativa entre los casos y los controles (Tabla 3).

### **Factores culturales**

Con respecto a los factores culturales no se encontró diferencias significativas para el idioma, religión, el bajo peso y el sobrepeso y el abandono al control prenatal. Los factores uso de medicina tradicional, vivir con pareja, practicar deporte y tener casa propia se asociaron al abandono al control prenatal. El 39,1% de las que abandonaron el control prenatal, indicaron que emplean medicina tradicional, en comparación del 22,7% de los controles, esta diferencia fue significativa, así mismo

existe 2,2 veces mayor probabilidad de abandonar el control prenatal cuando se emplea medicina tradicional, que cuando no (Tabla 4).

TABLA 4

FACTORES CULTURALES ASOCIADOS AL ABANDONO AL CONTROL PRENATAL EN CENTROS Y PUESTOS DE SALUD SAN JUAN DE LURIGANCHO 2012								
	Caso		Control		p	OR	Li	Ls
	n	%	n	%				
Idioma español								
No	15	17,2	19	21,6				
Si	72	82,8	69	78,4	0,467	0,8	0,4	1,6
Medicina Tradicional								
Si	34	39,1	20	22,7				
No	53	60,9	68	77,3	0,019	2,2	1,1	4,2
Religión católica								
No	4	4,6	8	9,1				
Si	83	95,4	80	90,9	0,371	0,5	0,1	1,7
Bajo peso								
Si	2	2,3	3	3,4				
No	85	97,7	85	96,6	1,000	0,7	0,1	4,1
Peso Normal								
Si	55	63,2	54	61,4				
No	32	36,8	34	38,6	0,800	1,1	0,6	2,0
Sobrepeso								
Si	18	20,7	20	22,7				
No	69	79,3	68	77,3	0,744	0,9	0,4	1,8
Obesidad								
Si	12	13,8	11	12,5				
No	75	86,2	77	87,5	0,800	1,1	0,5	2,7
Vive con pareja								
No	8	9,2	3	3,4				
Si	79	90,8	85	96,6	0,132	2,9	0,7	11,2
Practica deporte								
No	79	90,8	68	77,3				
Si	8	9,2	20	22,7	0,015	2,9	1,2	7,0
Casa propia								
No	74	85,1	61	69,3				
Si	13	14,9	27	30,7	0,013	2,5	1,2	5,3
Total	87	100,0	88	100,0				

Por otro lado, respecto a las gestantes que no viven con su pareja el 9,2% no concluyeron el control prenatal, comparado con el 3,4% de las que no abandonaron, existiendo 2,9 veces mayor probabilidad que se abandone el control prenatal cuando no se convive con la pareja, que cuando si se hace (OR: 2,9 IC95% 0.7 – 11.2). Asimismo el 90,8% de las gestantes que no concluyeron el control prenatal, no



practicaban deporte, comparado con el 77,3% de los controles, es decir, las que no abandonaron, son 2,9 veces más probables de abandono cuando no se practica deporte, que cuando si se hace (OR: 2,9 IC95% 1,2–7). Con respecto al factor vivienda, se encontró que el 85,1% de las que abandonaron el control prenatal no tenían casa propia, comparado con el 69,3% de las que no abandonaron, siendo 2,5 veces más probable que se abandone cuando no se tiene casa propia (OR: 2,5 IC95% 1,2–5,3). (Tabla 4).

### **Factores personales**

Los factores embarazo planificado, residir en barrio urbano marginal, el tener domicilio lejano al lugar de atención, tener una ocupación manual, multiparidad (>5 partos) y poca importancia del control prenatal no mostraron diferencias significativas entre casos y controles. En cambio el no convivir con la pareja, estar sin trabajo, el tener dificultad de permisos en el trabajo, dificultad para el cuidado de los hijos, dificultad por quehaceres domésticos, poco apoyo de la pareja e hijos y olvido de las citas de control prenatal se asociaron al abandono al control prenatal. El 10,2% de las gestantes que abandonaron el control prenatal son mayores de 35 años, comparado con el 12,6% de las que no abandonaron, existiendo 0,8 veces no significativo y no aumentando la probabilidad de abandono cuando se atiende gestantes mayores de 35 años (OR: 0,8 IC95% 0,3 – 2). El 13,8% de las que abandonaron el control prenatal manifestaron que no conviven con su pareja, comparado con el 5,7% de las que no abandonaron, existiendo 2,7 veces mayor probabilidad de abandono cuando no se convive con la pareja (OR: 2,7 IC95% 0,9 – 7,9). Otro de los factores que se asoció al abandono fue el encontrarse sin trabajo el 39,1% de las gestantes que abandonaron el control prenatal se encuentran sin trabajo, comparado con el 29,5% de las que no abandonaron, existiendo 1,5 veces mayor probabilidad de abandono cuando se encuentran sin trabajo (OR: 1,5 IC95% 0,8 – 2,9). También el hecho de tener dificultades de permisos en el trabajo que fue de 5,7% de las que abandonaron el control prenatal, comparado con el 1,1% de los controles, existiendo 5,3 veces mayor probabilidad de abandono cuando se ha tenido dificultades en los permisos en el trabajo (OR: 5,3 IC95% 0,6 – 46,4) sin embargo a pesar de considerarse estadísticamente significativo se considera que la muestra es muy pequeña como para considerarla concluyente, del mismo modo el 55,2% de las que abandonaron presentaron dificultades para el cuidado de los hijos, mientras que el 35,2% de los

controles presentó ese problema, se puede determinar que existe 2,3 veces mayor probabilidad de abandono al control prenatal cuando se presentó dificultades para el cuidado de los hijos (OR: 2,3 IC95% 1,2-4,2) (Tabla 5).

TABLA 5

**FACTORES PERSONALES ASOCIADOS AL ABANDONO AL CONTROL PRENATAL EN CENTROS DE Y PUESTOS DE SALUD, SAN JUAN DE LURIGANCHO 2012**

	Abandono al control prenatal				p	OR	Li	Ls
	Si		No					
	n	%	n	%				
Edad mayor a 35 años								
Si	9	10,2	11	12,6				
No	79	89,8	76	87,4	0,615	0,8	0,3	2,0
Embarazo planificado								
No	39	44,8	42	47,7				
Si	48	55,2	46	52,3	0,700	0,9	0,5	1,6
Primaria incompleta								
Si	1	1,1	6	6,8				
No	86	98,9	82	93,2	0,112	0,2	0,02	1,4
Convive con pareja								
No	12	13,8	5	5,7				
Si	75	86,2	83	94,3	0,070	2,7	0,9	7,9
Reside en barrio urbano-marginal								
Si	13	14,9	12	13,6				
No	74	85,1	76	86,4	0,805	1,1	0,5	2,6
Domicilio lejano del lugar de atención								
Si	1	1,1	4	4,5				
No	86	98,9	84	95,5	0,368	0,2	0,0	2,2
Sin trabajo								
Si	34	39,1	26	29,5				
No	53	60,9	62	70,5	0,184	1,5	0,8	2,9
Ocupación manual								
Si	21	24,1	20	22,7				
No	66	75,9	68	77,3	0,826	1,1	0,5	2,2
Dificultad de permisos en el trabajo								
Si	5	5,7	1	1,1				
No	82	94,3	87	98,9	0,118	5,3	0,6	46,4
Dificultad para el cuidado de hijos								
Si	48	55,2	31	35,2				
No	39	44,8	57	64,8	0,008	2,3	1,2	4,2
Dificultad por quehaceres domésticos								
Si	65	74,7	41	46,6				
No	22	25,3	47	53,4	<0,001	3,4	1,8	6,4
Poco apoyo de pareja e hijos								
Si	10	11,5	2	2,3				
No	77	88,5	86	97,7	0,018	5,6	1,2	26,3
Olvido de citas de control prenatal								
Si	72	82,8	41	46,6				
No	15	17,2	47	53,4	<0,001	5,5	2,7	11,0
Multiparidad (>5 partos)								
Si	1	1,1	2	2,3				
No	86	98,9	86	97,7	1,000	0,5	0,0	5,6
Poca importancia del control prenatal								
Si	3	3,4	1	1,1				
No	84	96,6	87	98,9	0,368	3,1	0,3	30,5
Total	87	100,0	88	100,0				

Del mismo modo el 74,7% de las que abandonaron el control prenatal indicaron que tuvieron dificultades por quehaceres domésticos, comparado con el 46,6% de los controles, existiendo 3,4 veces mayor probabilidad de abandono (OR: 3,4 IC95% 1,8 – 6,4). El 11,5% de las que abandonaron el control prenatal indicaron poco apoyo de la pareja e hijos, comparado con el 2,3% de los controles, existiendo 5,6 veces mayor probabilidad de abandono (OR: 5,6 IC95% 1,2 – 26,3), finalmente el 82,8% de las que abandonaron el control prenatal y el 46,6% de las que no abandonaron presentaron olvido de las citas del control prenatal, existiendo 5,5 veces mayor probabilidad de abandono al control prenatal cuando se presenta olvido de las cita de control (OR: 5,5 IC95% 2,7 – 11) (Tabla 5).

### **Factores institucionales**

Los factores desconocimiento del control prenatal, sin cita para el siguiente control, gastos por exámenes no disponibles y poco tiempo de la consulta prenatal no mostraron diferencias significativas entre casos y controles. Los factores poca prioridad para su atención e incoordinación entre los servicios para atenderla se comportaron como protectores, mientras que el tiempo de espera largo fue de riesgo. El 24,1% de las que abandonaron el control prenatal indicaron presente poca prioridad para su atención, comparado con el 44,3% de los controles, por lo que el presentar prioridad en la atención prenatal de la gestante reduciría en un 60% el abandono al control prenatal (OR: 0,4 IC95% 0,2 – 0,8), mientras que la buena coordinación entre los servicios lo reduciría en un 50% (OR: 0,5 IC95% 0,3–0,9). El 81,6% de las que abandonaron el control prenatal indicaron tiempo de espera largo, comparado con el 67% de los controles, existiendo 2,2 veces mayor probabilidad de abandono al control prenatal cuando se identifica el tiempo de espera largo en la atención (OR: 2,2 IC95% 1,1 – 4,4) (Tabla 6).

**TABLA 6**  
**FACTORES INSTITUCIONALES ASOCIADOS AL ABANDONO AL CONTROL PRENATAL EN CENTROS Y**  
**PUESTOS DE SALUD, SAN JUAN DE LURIGANCHO 2012**

	Abandono al control prenatal				p	OR	Li	Ls
	Si		No					
	n	%	n	%				
Desconocimiento del control prenatal								
Si	2	2,3	2	2,3				
No	85	97,7	86	97,7	1,000	1,0	0,1	7,3
Sin cita para el siguiente control								
Si	49	56,3	51	58,0				
No	38	43,7	37	42,0	0,827	0,9	0,5	1,7
Poca prioridad para su atención								
Si	21	24,1	39	44,3				
No	66	75,9	49	55,7	0,005	0,4	0,2	0,8
Incoordinación de servicios para atenderla								
Si	33	37,9	50	56,8				
No	54	62,1	38	43,2	0,012	0,5	0,3	0,9
Gastos por exámenes no disponibles								
Si	4	4,6	3	3,4				
No	83	95,4	85	96,6	0,720	1,4	0,3	6,3
Tiempo de espera largo								
Si	71	81,6	59	67,0				
No	16	18,4	29	33,0	0,028	2,2	1,1	4,4
Servicios incompletos								
Si	3	3,4	2	2,3				
No	84	96,6	86	97,7	0,682	1,5	0,3	9,4
Poco tiempo de consulta prenatal								
Si	7	8,0	9	10,2				
No	80	92,0	79	89,8	0,617	0,8	0,3	2,2
Total	87	100,0	88	100,0				

### Factores médicos

Los factores trato inadecuado, maltrato por parte del profesional, relación médico-paciente impersonal, consulta prenatal de baja calidad, no mostraron diferencias significativas entre casos y controles, así mismo no se encontró casos con el factor relación médico-paciente insatisfactoria. El 50,6% de las que abandonaron el control prenatal indicaron que tuvieron miedo al examen ginecológico, comparado con el 28,4% de los controles, existiendo 2,6 veces mayor probabilidad de abandono cuando se presenta miedo al examen ginecológico (OR: 2,6 IC95% 1,4 – 4,8), el 78,2% de los casos presentó calidad inadecuada del control prenatal, comparado con el 60,2% de

los controles, existiendo 2,4 veces mayor probabilidad de abandono cuando se presenta calidad inadecuada del control prenatal (OR: 2,4 IC95% 1,2 – 4,6), (Tabla 7).

**TABLA 7**  
**FACTORES MÉDICOS ASOCIADOS AL ABANDONO AL CONTROL PRENATAL EN CENTROS Y PUESTOS DE SALUD, SAN JUAN DE LURIGANCHO 2012**

	Abandono al control prenatal				p	OR	Li	Ls
	Si		No					
	n	%	n	%				
Trato inadecuado								
Si	3	3,4	2	2,3	0,682	1,5	0,3	9,4
No	84	96,6	86	97,7				
Maltrato por parte del profesional								
Si	1	1,1	2	2,3	1,000	0,5	0,0	5,6
No	86	98,9	86	97,7				
Relación médico-paciente impersonal								
Si	4	4,6	13	14,8	0,039	0,3	0,1	0,9
No	83	95,4	75	85,2				
Miedo al examen ginecológico								
Si	44	50,6	25	28,4	0,003	2,6	1,4	4,8
No	43	49,4	63	71,6				
Consulta prenatal de baja calidad								
Si	1	1,1	2	2,3	1,000	0,5	0,0	5,6
No	86	98,9	86	97,7				
Calidad del control prenatal								
Inadecuada	68	78,2	53	60,2	0,010	2,4	1,2	4,6
Adecuada	19	21,8	35	39,8				
Total	87	100,0	88	100,0				

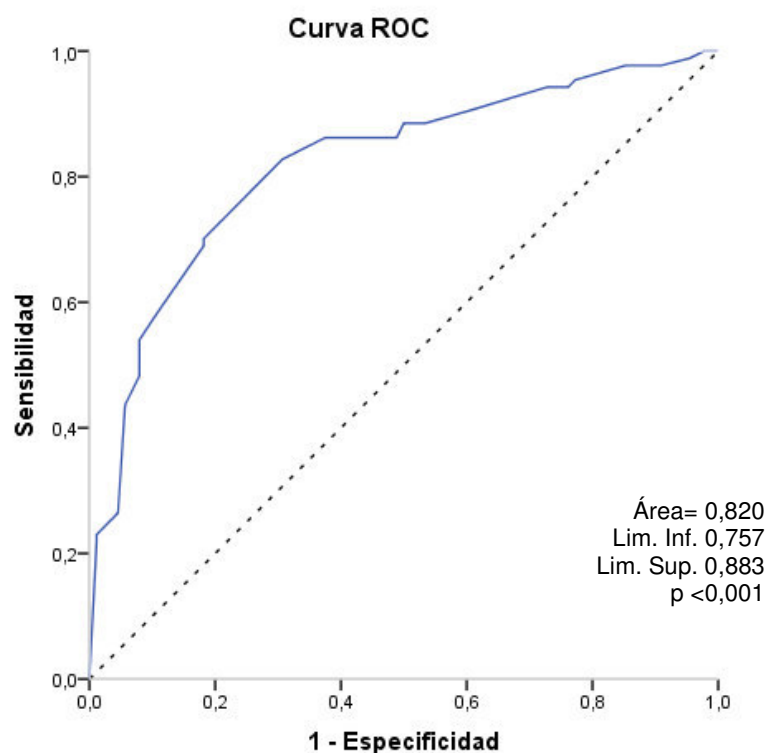
Con los factores identificados se procedió a aplicar un modelo logístico que nos permita tener factores ajustados al abandono al control prenatal. Empleando la regresión logística binaria bajo el método condicional hacia atrás, las variables descritas en la Tabla 8, fueron las que presentaron mejor poder explicativo. Los factores significativos fueron dificultades por quehaceres domésticos, olvido de las citas del control como factores de riesgo, es decir, existen 4,6 veces mayor probabilidad de abandono al control prenatal cuando se identifica dificultades por quehaceres domésticos (ORa: 4,6 IC95% 2,1-9,9), olvido de las citas de control prenatal (ORa: 5 IC95% 2,3 – 10,7), otras variables identificadas en el modelo fueron miedo al examen ginecológico, casa propia e incoordinación entre los servicios para atenderla el cual no resulto significativo. Sin embargo el conjunto de los factores

descritos fue considerado adecuado para la explicación del abandono al control prenatal en gestantes que se atendieron en centros y puestos de salud, la prueba de Hosmer y Lemeshow respalda el modelo ( $p=0,554$ ), así mismo las variables descritas explican entre 28,9% a 38,5% del problema del abandono al control prenatal ( $R^2$  Cox y Snell= 0,289,  $R^2$  Nagelkerke=0,385). Así mismo para poder determinar el poder predictivo de los factores ajustados se empleó la Curva ROC la cual arrojó que el modelo predice bien el evento del abandono al control prenatal Área= 0,820 IC95% 0,757-0,883 (Figura 1)

**TABLA 8 REGRESIÓN LOGÍSTICA DE FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO AL CONTROL PRENATAL EN CENTROS Y PUESTOS DE SALUD**

	p	ORc	IC95%	
			Inferior	Superior
Casa propia	0.037	2.5	1.1	6.1
Dificultades por quehaceres domésticos	0.000	4.6	2.1	9.9
Olvido de las citas de control	0.000	5.0	2.3	10.7
Incoordinación entre los servicios	0.003	0.3	0.2	0.7
Miedo al examen ginecológico	0.004	3.1	1.4	6.5

Método condicional hacia atrás.  $R^2$  Cox y Snell= 0,289,  $R^2$  Nagelkerke=0,385. Prueba de Hosmer y Lemeshow= 6,838 gl=8  $p=0,554$ . Porcentaje global= 84,



**Figura 1. Curva ROC para la determinación de los factores de abandono al control prenatal en centros y puestos de salud.**

## DISCUSIÓN

Desde la aparición de los controles prenatales como una herramienta de prevención, vigilancia y educación materna estratégica en la salud materna, los asuntos culturales, organizacionales, personales y médicos juegan un papel fundamental en los procesos de salud-enfermedad y también en las atenciones prenatales.

El uso de la medicina tradicional es muy extenso en nuestro territorio la cual tiene que ver con el uso de hierbas u otros productos naturales en el tratamiento de algunas dolencias que las gestantes puedan manifestar, por lo que se ha encontrado asociación con el abandono al control prenatal. En nuestra realidad, más de la mitad de la población estudiada es migrante, provenientes de zonas alto andinas como Huánuco y Junín donde los patrones culturales referentes al embarazo y parto difieren mucho con respecto a los patrones occidentales y ello podría explicar el uso de la medicina tradicional, lo cual es importante y forma parte de nuestra cultura por lo que requiere ser evaluado, estudiado y protegido, con mayores estudios de investigación de preferencia cualitativos que nos brinden mejor profundización de esta relación, una manera de mejorar estos elementos es la propuesta del Ministerio de Salud a través de la normativa y pautas de Interculturalidad para mejorar el acercamiento de la población.

Otro factor cultural fue el no empleo de la actividad física durante el embarazo posiblemente por la poca importancia que se le da o mitos y creencias sobre la prohibición de las mismas, para lo cual los establecimientos de salud deben garantizar sesiones de Psicoprofilaxis y Estimulación prenatal para conocer la importancia de la actividad física no solo como parte de la aplicación de estilos de vida saludables y la preparación para el parto. Así mismo, el factor vivienda demostró también una asociación, el 85,1% de las que abandonaron no tenían casa propia, comparado con el 69,3% de las que no abandonaron. Este factor no ha estudiado por otros investigadores por lo que sería un primer acercamiento en este fenómeno. El derecho a la vivienda digna, son derechos sociales que no están reconocidos por la actual Constitución Política del Perú, sin embargo, constituyen las necesidades básicas que todo individuo debe tener para la satisfacción de las mismas y se encuentran descritos claramente por Maslow en la pirámide de jerarquía de las

necesidades encontrando el factor vivienda como Factor de Seguridad, la misma que puede hacer que una familia pueda dar prioridad a su estado de salud.

La inequidad de género y las obligaciones a que asumen como madres las mujeres dentro de su entorno familiar y que hemos tratado de representar a través de la responsabilidad para el cuidado de sus hijos y la dificultad en los quehaceres domésticos, se asociaron al abandono. Comparativamente para la dificultad en los quehaceres domésticos, Camarena (Camarena, 2012) encontró una asociación similar (OR: 2,0 IC95% 1,1-3,7) y Chavarría (Chavarria, 2006) también. Nuestro estudio determinó que los quehaceres domésticos representaron una probabilidad de 3,3 veces mayor para el abandono (OR: 3,3 IC95% 1,8-6,1), en el estudio de Camarena (2012) fue de 2 veces (OR: 2,2 IC95% 0,9-5,3) y el de Flores (Flores 2015) de 2,9 veces (ORa: 2,9 IC95% 1,6-5,1). El Instituto Nacional de Estadística e Informática ha determinado que esta labor constituye un trabajo sin remuneración y a la cual no se le reconoce estatus de trabajo, también las mujeres son mayoría entre los trabajadores familiares no remunerados, es decir, son parte de la población considerada como económicamente ocupada, pero que no reciben ingresos por su trabajo. Por lo tanto bajo este indicador se le debería reconocer a la gestante por ser una población prioritaria mayor reconocimiento en su actividad entonces podríamos tener horarios diferenciados, atención en días especiales, visitas domiciliarias, controles a domicilio; siempre reconociendo su actividad de trabajadores como prioritaria, además se sabe que el trabajo de la mujer en horas es mayor al trabajo del varón y ello no escapa cuando se encuentra gestando, pudiendo influir en las atenciones prenatales.

Por otro lado el poco apoyo de la pareja e hijos lo cual afecta el estado emocional y psicológico en especial de la embarazada, esto puede verse reflejado en el abandono al control prenatal por el poco interés que toma al cuidado de su salud. De la misma manera al afectar su estado emocional afecta su autoestima y de manera indirecta disminuye su interés en el cuidado de su salud y el del niño por nacer. Entonces se hace necesario la creación de espacios de conversación con las embarazadas para conocer su problemática familiar y no solo acercarla a ella sino a todo su entorno para así garantizar los cuidados necesarios en esta etapa muy sublime e importante pero para el círculo familiar el cuidado en la prevención de enfermedades prevenibles a



través de las actividades de promoción de la salud. Quizá se requiera de protocolos de atención teniendo en cuenta este punto, es decir, cómo lograr apoyo de la pareja, a manera de participación activa que la pareja tendría que cumplir en algunas tareas claras y útiles que permitan acercar a la pareja y por ende a no abandonar las atenciones prenatales. Un punto que tiene que ver con la organización de las gestantes, es lo correspondiente al olvido de citas de control, una factor para abandono al control prenatal, posiblemente que a pesar de colocar las citas de seguimiento en el carné perinatal aún falta recalcar la importancia del mismo a través de actividades preventivas; Camarena (Camarena, 2012) en EsSalud, encontró asociación de 2,2 veces (OR: 2,0 IC95% 1,2-3,1), mientras que en el estudio de Munares (Munares-García, 2013) fue de 1,4 (OR: 1,4 IC95% 0,9-2,3). Para este problema se ha creado en diferentes instituciones del Estado y respecto a salud en el Seguro Social y en algunas instituciones privadas el recordar a las pacientes las citas. Dando énfasis al control prenatal resultaría prioritario tener una lista de contactos o un Radar de Gestantes como se trabaja en muchas regiones de nuestro país para identificarlas que no acuden a sus citas, e inmediatamente comunicarnos con ellas. Actualmente esto no resulta tan difícil ni complicado porque por las diferentes tecnologías de información contamos con diferentes mecanismos de información.

En los factores institucionales la poca prioridad para la atención y la incoordinación entre los servicios se comportaron como factores protectores esto quiere decir que se debería garantizar en los establecimientos el cumplimiento de la atención preferencial para las gestantes para garantizar el control prenatal así como el cuidado de la salud de esta población vulnerable. De otra manera los servicios involucrados en la atención de la gestante deben tener reuniones multidisciplinarias para así de manera conjunta crear estrategias que mejoren los canales de coordinación entre los diferentes servicios los cuales de manera obligatoria están incluidos en el Plan de Parto y la Atención Integral que se le ofrece a la paciente. Otro punto a tener en cuenta es la coordinación de los servicios, una gestante dependiendo de su nivel de riesgo que se le ha detectado acude a varios servicios durante sus atenciones prenatales: tópico para vacunas, dental, psicología, nutrición, análisis de laboratorio, medicina, psicoprofilaxis, farmacia, ecografía, entre otros, y todos ellos con sus propios esquemas de atención, lo que podría resultar que una gestante que requiera cumplir con todos los servicios considere el tiempo invertido como un factor limitante.

Por otro lado el tiempo de espera largo fue un factor que ocasionó abandono al control prenatal, posiblemente por la percepción de la población del poco interés que tendrían los establecimientos de atención en el cuidado de su salud, esta percepción se va a reflejar en el abandono quizás no solo del control de embarazo sino de otros indicadores de salud que también se pueden ver afectados. Esto podría resolverse con el otorgamiento de citas con horarios establecido y el cumplimiento de los mismos, permitiendo la mejora de su percepción y el acercamiento de la población a los servicios de salud.

En cuanto a los factores médicos, el 50,6% de las que abandonaron el control prenatal indicaron que tuvieron miedo al examen ginecológico, comparado con el 28,4% de los controles, esta variable se encuentra descrita como un factor social porque la mayoría de los profesionales de la salud no aplicamos la interculturalidad en la atención de nuestros pacientes en los establecimientos de salud y la única manera de resolver las desigualdades en la calidad de los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal y en el acceso a ellos, es crear servicios equitativos que permita el acercamiento y la pérdida del temor ganando la confianza de nuestros usuarios en este caso de las gestantes. El examen ginecológico tiene su particularidad en el cual es un evento que no se puede reemplazar, y es necesario procedimientos que cuando no son adecuadamente comunicados y preparados por el profesional de la salud, resultan poco cómodos por parte de las pacientes, por ello la comunicación e información completa del procedimiento puede ser un elemento a tener en cuenta desarrollar en las atenciones prenatales y la capacitación de los profesionales en el mismo. Con lo que respecta a la calidad del control prenatal, si fue adecuada o inadecuada conocemos que la calidad implica un concepto amplio que evalúa eficacia, eficiencia y seguridad del paciente; evaluado en todos los aspectos de la atención de los usuarios en este caso gestantes (interno) de los establecimientos de salud. Quizás este indicador será subjetivo porque va responder a la percepción de la usuaria pero debemos mejorar día a día las condiciones de trabajo y el compromiso del sector en la solución de nuestra problemática porque el acercamiento de los servicios ayudará a reducir el número de complicaciones y disminuirá los riesgos de morbilidad materna perinatal así como fortaleceré las actividades de promoción y prevención de enfermedades.

Para finalizar en el análisis multivariado ratifica la importancia de la dificultad en los quehaceres domésticos y en el olvido de citas, calificado como indicadores socioeconómicos. Estas variables se asocian a la falta de atención prenatal o control inadecuado. Resulta entonces importante implementar medidas de salud pública adecuadas, con especial insistencia desde los primeros niveles asistenciales quien elaboran el Plan de la Gestante para así poder identificar estos factores de riesgo, y poder tomar algunas estrategias educativas comunicacionales y de empoderamiento de la mujer para que reconozca la importancia del control prenatal y saber que su abandono puede conllevar a complicaciones y elevar la morbilidad materna perinatal.

La participación de algunas organizaciones civiles así como la organización de la comunidad siempre ha sido un aliado estratégico en la promoción y prevención de la salud, pero siempre considerando una capacitación adecuada y concienzuda, reconociendo la importancia de su colaboración en los procesos de salud-enfermedad.

Las limitaciones del presente estudio después de realizar el análisis multivariado radican en el tamaño de muestra, lo cual después del análisis concienzudo realizado me permitiría considerar mayor tamaño de muestra para futuras investigaciones, sin embargo a pesar de esta dificultad en el presente estudio se encontraron cuatro factores que resultan importantes y resultaría conveniente incluirlas en una ficha de tamizaje al contacto con una gestante que inicia el contacto precoz en un Establecimiento de Salud especialmente de primer nivel como son: la dificultad de la gestante en obtener permisos en el trabajo, la dificultad cuando realiza quehaceres domésticos, el no tener primaria y el olvido de las citas al control prenatal.

## CONCLUSIONES

- Se determinó asociación entre los factores culturales, personales, institucionales y médicos y el abandono al control prenatal. Entre los factores culturales se asociaron la utilización de medicina tradicional, el no practicar deporte y el no tener casa propia. En los factores personales se asociaron la dificultad del cuidado de hijos, dificultad por quehaceres domésticos, poco apoyo de la pareja y olvido de las citas. En los factores institucionales se asociaron el tiempo de espera largo.
- En los factores médicos se encontró asociación con el miedo al examen ginecológico y calidad inadecuada del control prenatal.
- El análisis multivariado determinó el no tener casa propia, la dificultades por quehaceres domésticos, miedo al examen ginecológico y olvido de las citas como factores predictivos asociados al abandono al control prenatal.

## RECOMENDACIONES

- Se determinó que la mayoría de los factores asociados al abandono al control prenatal tienen su origen en la familia y la sociedad por lo que la atención prenatal es una labor transversal en la sociedad, por lo que las actividades de promoción de la salud debe incorporar elementos que indiquen cuando las gestantes no acuden a sus controles.
- Incorporar a la atención de la atención prenatal las variables que mostraron mayor asociación en el análisis multivariado y que se considerarían predictores para evitar el abandono al control prenatal y así disminuir los casos de morbilidad materna perinatal.
- Realizar estudios cuantitativos con mayor muestra y en diferentes regiones del país, así como estudios cualitativos que amplíen la información de los factores y demuestren que el control prenatal pueda jugar un papel fundamental para la salud materna perinatal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguado, L., Giron, L., Osorio, A., Tovar, L., & Ahumada, J. (2007). Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico Colombiano. *Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv*, 5(1), 36.
- Alfaro, N., & Campos, G. (2014). Análisis del control prenatal que se brinda a las gestantes de la provincia de Heredia que tuvieron su parto en el Hospital San Vicente de Paúl. *Rev Electr Enferm Actual Costa Rica*, (26), 1–20.
- Alvarez, J., Caballero, F., Castaño, J., Escobar, D., Franco, A., Gómez, P., ... Villegas, O. (2007). Cumplimiento de las actividades de promoción y prevención en el control prenatal en una entida de 1° nivel, Manizales, años 2005-2007. *Arch Med (Manizales)*, 10(1), 19–30.
- Arispe, C., Salgado, M., Tang, G., González, C., & Rojas, J. (2011). Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. *Rev Med Hered*, 22(4), 169–175.
- Barakat, R., Cordero, Y., Rodriguez-Romo, G., & Stirling, J. (2010). Actividad física durante embarazo, su relación con la edad gestacional materna y el peso de nacimiento. *Rev Int Cienc Deporte*, (20), 205–217. doi:10.5332/ricyde2010.02003
- Barrios, A., & Montes, N. (2007). Control prenatal. *Rev Paceaña Med Fam*, 4(6), 128–131.
- Bassani, D., Surkan, P., & Olinto, M. (2009). Inadequate use of prenatal services among Brazilian women: the role of maternal characteristics. *International perspectives on sexual and reproductive health*, 35(1), 15–20. doi:10.1363/ifpp.35.015.09
- Bernal, D., & Cardona, D. (2014). Caracterización de la mortalidad perinatal en manizales, colombia, 2009-2012. *Hac*, 19(2), 66–80.
- Betancourt, J., Cepero, R., & Gallo, C. (2011). Factores que pueden afectar la seguridad del paciente. *Arch Med Camaguey*, 15(6), 936–944.
- Cáceres-Manrique, F. (2009). El control prenatal: una reflexión urgente. *Rev Colombiana Obstet Ginecol*, 60(2), 165–170.
- Calero, J. (2000). Investigación cualitativa y cuantitativa. Problemas no resueltos en los debates actuales. *Rev Cubana Endocrinol*, 11(3), 192–198.
- Camarena, P. (2012). *Asociación entre los factores de abandono al Control Prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Marino Molina - Essalud – 2011*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Chavarria, J. (2006). *No cumplimiento a citas en atención prenatal de las embarazadas. Centros de salud Francisco Buitrago y Ticuantepe. Managua*.

*Periodo octubre 2005-junio 2006.* Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

- Cruz, O., Fragoso, M., González, I., Sierra, D., & Labrada, J. (2010). La relación médico paciente en la actualidad y el valor del método clínico. *Rev Elect Cienc Med Cienfuegos*, 8(5).
- DiPrete, L., Miller, L., Rafieh, N., & Hatzell, T. (2000). *Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo*. (USAID, Ed.) (2nd ed., p. 40). Bethesda.
- ENDES. (2013). *Perú Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2013* (p. 478). Lima, Perú.
- Fajardo-Dolci, G., Rodríguez-Suárez, J., Arboleya-Casanova, H., Rojano-Fernández, C., Hernández-Torres, F., & Santacruz-Varela, J. (2010). Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Cir Cir*, 78(6), 527–532.
- Faneite, P., Rivera, C., Gonzalez, C., Linares, M., & Faneite, J. (2002). ¿Por qué no se controla la embarazada? *Rev Obstet Ginecol Venez*, 62(2).
- Faneite, P., Rivera, C., Rodriguez, F., Amato, R., Moreno, S., & Cangemi, L. (2009). Consulta prenatal: motivos de inasistencia, ¿se justifica? *Rev Obstet Ginecol Venez*, 69(3), 147–151.
- Fuentes, R., Oporto, G., Alarcón, A. M., Bustos, L., Prieto, R., & Rico, H. (2009). Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo. *Avances en Odontoestomatología*, 25(3), 147–154. doi:10.4321/S0213-12852009000300004
- Garmendia R (2007). Análisis Factorial una aplicación en el cuestionario de salud general de Goldberg, versión de 12 preguntas. *Rev Chil Salud Publica*. 11(2):57-65
- Gonzaga-Soriano, M., Zonana-Nacach, A., Anzaldo-Campos, M., & Olazarán-Gutiérrez, A. (2014). Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California. *Salud Publica Mex*, 56, 32–39.
- Grillo, P., Acosta, J., Terrones, N., & A, V. (2012). *Análisis situacional de salud de la población asegurada al SIS a nivel nacional, año 2012*. Lima, Perú.
- Heaman, M., Green, C., Newburn-Cook, C., Elliott, L., & Helewa, M. (2007). Social inequalities in use of prenatal care in Manitoba. *J Obstet Gynaecol Canada*, 29(10), 806–16. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17915064>
- Hernandez, B., Trejo, J., Luis, D., Diaz, D., Vazquez, P., & Sandoval, T. (2003). Guía clínica para la atención prenatal. *Rev Med IMSS*, 41(Supl), S59–S69.
- Kebreau, P., Saint-Jean, G., Crandall, L., & Fevrin, E. (2005). Prenatal care utilization in rural areas and urban areas of Haiti. *Rev Panam Salud Publica*, 18(2), 84–92.

- Langdon, E., & Wiik, F. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 18(3), 9pp.
- Lasso, P. (2012). Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud? *Pensamiento Psicológico*, 10(2), 123–133.
- Lipson, J. (2000). Cultura y cuidados de enfermería. *Index de Enfermería*, 28–29.
- Macias M Adriana Ivette ., María Luisa Quintero S., Esteban Jaime Camacho R., Juan Manuel Sánchez S. (2009) La Tridimensionalidad Del Concepto De Nutrición: Su Relación Con La Educación Para La Salud
- Magriples, U., Kershaw, T., Rising, S., Massey, Z., & Ickovics, J. (2008). Prenatal health care beyond the obstetrics service: utilization and predictors of unscheduled care. *Am J Obstet Gynecol*, 198(1), 75.e1–7. doi:10.1016/j.ajog.2007.05.040
- Millan, T. (2000). Para comprender el concepto de cultura. *UNAP Educación Desarrollo*, 1(1).
- Ministerio de Salud. (2004). *Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva* (p. 272). Lima.
- Ministerio de Salud. (2015). *Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015* (p. 56). Lima.
- Ministerio de Salud, P. (2013a). *Análisis de la situación de salud 2013*. Lima, Perú.
- Ministerio de Salud, P. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01 (2013). Lima, Perú.
- Miranda, A. E., Trindade, C. R., Nunes, R. H., Marba, E. F., Fernandes, M. C., Quarto, G. H. A., & França, L. C. (2010). Factors associated with prenatal care and seeking assistance in public hospitals in Vitória, Espírito Santo, Brazil. *Women & health*, 50(3), 229–40. doi:10.1080/03630242.2010.480904
- Munares-Garcia, O. (2013). Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. *Rev Peruana Epidemiol*, 17(2), 1–8.
- Muñoz, S. (2006). El significado cultural del control prenatal en la gestante inasistente y sus practicas de autocuidado. *Rev Fac Cienc Salud*, 8(2), 42–44.
- Orozco, M., Mendoza, M., Ramos, R., López, A., & Ruelas, G. (2011). Embarazo no deseado a término en mujeres atendidas en dos hospitales del Distrito Federal. *Rev Espec Med Quirur*, 16(4), 240–247.
- Ortiz, R., & Beltran, M. (2005). Modelo de atención prenatal de bajo riesgo. *MedUNAB*, (8), 102–112.



- Pecora, A., San Martin, M., Cantero, A., Furfaro, K., & Llompарт, V. (2008). Control prenatal tardío: ¿Barreras en el sistema de salud? *Rev Hosp Mat Inf Ramon Sarda*, 27(3), 114–119.
- Peñuelas-Cota, J., Ramirez-Zepeda, M., Gonzalez-Bon, M., Gil-Pineda, J., Cardenas-Angulo, A., & Garcia-Sañudo, N. (2008). Factores Asociados a Mortalidad Materna. *Soc Med Hospital Gral Culiacan*, 2(3), 86–90.
- Physicianns for Human Right. (2007). *Demoras Fatales mortalidad materna en el Perú un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura* (p. 314). Estados Unidos de America.
- Presidencia del Consejo de Ministros. (2008). *Informe de cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio Perú 2008* (p. 63). Lima.
- Quelopana, A., Dimmitt, J., & Salazar, B. (2007). Traducción y validación del Cuestionario de Beneficios y Barreras del Control Prenatal en embarazadas de México. *Index Enferm*, 16(57), 7.
- Ribeiro, E., Guimarães, A., Bettiol, H., Lima, D., Almeida, M., de Souza, L., ... Gurgel, R. (2009). Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9, 31. doi:10.1186/1471-2393-9-31
- Rico, R., Ramos, V., & Martinez, P. (2012). Control prenatal vs resultado obstétrico perinatal. *Enfermería Global*, (27), 397–407.
- Rivera, P., Carvajal, R., Mateus, J., Arago, F., & Valencia, J. (2014). Factores de servicios de salud y satisfacción de usuarias asociados al acceso al control prenatal. *Hacia Promocion Salud*, 19(1), 84–98.
- Rosales, J. (2012). Neopositivismo, racionalismo critico y relativismo. Reflexiones en torno a la filosofía de la ciencia. *Científica*, 9(1), 56–67.
- Salud, M. de. Establecen precisiones y modifican la Norma Técnica de Salud para la Atención Intregral de Salud Materna (2014). Lima.
- Sánchez Bernarda, Sámano Reyna, Pinzón Izmet, Balas Margie, Perichart Otilia, en su trabajo Factores Socioculturales y del Entorno que Influyen en las Prácticas Alimentarias de Gestantes con y sin Obesidad abril- junio 2010
- Sánchez-Lara, K., & Méndez-Sánchez, N. (2008). Breve revision de los diseños de investigacion observacionales. *Rev Invest Med Sur Mex*, 15(3), 219–224.
- Torres de Galvis, Y., Montoya, L., Cuartas, J., & Osorio, J. (2005). Factores asociados a mortalidad materna – estudio de casos y controles. Medellín 2001-2003. *Rev CES Med*, 19(2), 19–45.

Vega, R., Barrón, A., & Acosta, L. (2013). Atención prenatal según la NOM-007 relacionada con morbilidad materna en una unidad de salud en San Luis Potosí durante 2008. *Rev Fac Nac Salud Publica*, 30(3), 265–272.

## **Anexo 1**

### **Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

#### **Factores culturales, personales, institucionales y médicos asociados al abandono al control prenatal en centros y puestos de salud - San Juan de Lurigancho - 2012**

## **Consentimiento Informado**

### ***Estimada señora, buenos días***

Estamos llevando a cabo un estudio de investigación a fin de conocer los motivos por los cuales algunas gestantes no acudieron o no terminaron sus controles prenatales. Su participación es voluntaria e incluirá solamente pacientes que deseen participar.

### ***Participación***

Para ello, se está pidiendo su participación en el estudio, si usted acepta, quiere decir que el investigador le ha indicado a usted de forma verbal, así como escrita lo siguiente: los procedimientos a realizar, riesgos, beneficios, confidencialidad y preguntas resueltas.

### ***Propósito del estudio***

El propósito del estudio de investigación es analizar los factores asociados al abandono del control prenatal. Los controles prenatales se realizan cientos de veces durante el día, en todo el territorio nacional, puede ser una herramienta poderosa para la prevención de enfermedades en la madre y en su futuro hijo, por lo que el estudio de las razones por las cuales las madres no acuden es el objetivo principal del estudio.

### ***¿En qué consistirá su participación?***

Una vez aceptada su participación, el investigador le preguntará a usted si ha tenido o no controles prenatales, para luego proceder a revisar su historia clínica, donde buscare algunos datos de la investigación, luego procederá a preguntarle a usted por las razones por las cuales asistió o no al control prenatal.

### ***Riesgos, incomodidades y costos de su participación***

Con respecto a los riesgos, estos ya han sido estudiados y usted pasará por riesgos identificados, por lo que se ha planteado que usted no tendrá mayor riesgo que la población general. El estudio no tendrá costo para usted. En todo momento se evaluará si usted se encuentra en posición de poder hacer uso de la palabra, su negativa a no participar en el estudio, no afectará ningún servicio que usted o alguno de sus familiares pueda tener por parte del sistema de salud. Sin embargo, para cualquier queja al respecto comunicarse con la licenciada Ruth Otárola de la Torre al teléfono 995942253 o al correo electrónico [geminisrut@hotmail.com](mailto:geminisrut@hotmail.com)

### ***Beneficios***

Para la institución contar con información que nos permitirá realizar mejores estrategias para que acudan más gestantes a sus controles prenatales. Para el

investigador será la mejora en sus técnicas de investigación, lo cual terminará con la culminación de su grado académico de Magister por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. En todo momento se realizarán todos los procedimientos acordados según protocolos establecidos en el presente proyecto.

### ***Confidencialidad de la información***

Toda información que usted nos proporcione será totalmente confidencial, los nombres y apellidos de cada participante quedará a custodia del investigador, por un periodo de 10 años, posteriormente los formularios serán eliminados.

### ***Problemas o preguntas***

En todo momento se garantizará la posibilidad de retirarse del estudio y no tendrá incomodidad alguna por ello, si usted tuviera alguna pregunta podrá hacerla al profesional que la entrevistará; si luego de ser entrevistada quisiera no participar en el estudio comuníquese con la investigadora Principal Lic. Ruth Otárola para cualquier consulta o retiro del estudio.

### ***Consentimiento / Participación voluntaria***

Por lo expuesto comprendo que seré parte de un estudio de investigación. Sé que mis respuestas a las preguntas serán utilizadas para fines de investigación y no se me identificará. También se me informó que si participo o no, mi negativa a responder no afectará los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia puedan recibir por parte de los profesionales del hospital. Comprendo que el resultado de la investigación será presentado a la comunidad científica para su mejor comprensión.

### ***Declaración de la Paciente***

He leído y he entendido la información escrita en estas hojas y firmo este documento autorizando mi participación en el estudio, con esto no renuncio a mi derecho como paciente o ciudadano. Mi firma indica también que he recibido una copia de este consentimiento informado.

---

Nombre participante

---

Firma Participante

---

Nombre del investigador

---

Firma del investigador

---

Fecha

---

hora

## Anexo 2

### **Universidad Nacional Mayor de San Marcos** **Factores culturales, personales, institucionales y médicos asociados al** **abandono al control prenatal en centros y puestos de salud - San Juan de** **Lurigancho - 2012**

ID: \_\_\_\_\_

#### Formulario RD

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Versión 1.0

Hora: \_\_\_\_\_

#### I. ABANDONO AL CONTROL PRENATAL

Si [    ]    No [    ]

#### I. DATOS GENERALES

1. Edad [    ] [    ] años

2. Ocupación \_\_\_\_\_

3. Grado de instrucción

4. Estado civil

Ninguno [ 0 ]

Soltera [ 1 ]

Primaria [ 1 ]

Unión estable [ 2 ]

Secundaria [ 2 ]

Casada [ 3 ]

Superior Técnica [ 3 ]

Otro [ 4 ]

Superior Universitaria [ 4 ]

5. Procedencia: \_\_\_\_\_ (distrito)

#### II. DATOS OBSTETRICOS

6. G\_\_ P\_\_/\_/\_/\_/\_

7. Número de Partos por cesárea \_\_\_\_\_

8. Periodo intergenésico \_\_\_\_\_ (años)

9. Establecimiento donde se atendió el CPN  
\_\_\_\_\_

10. Número \_\_\_\_\_ de controles prenatales \_\_\_\_\_

11. N° CPN I trimestre \_\_\_\_\_

12. N° CPN II trimestre \_\_\_\_\_

13. N° CPN III trimestre \_\_\_\_\_

#### IV. DATOS DEL RECIEN NACIDO

1. Fecha de atención es  $\pm$  2 día \_\_\_\_\_

2. Sexo del Recién nacido \_\_\_\_\_

3. Apgar al minuto \_\_\_\_\_
4. Perímetro cefálico \_\_\_\_\_ cm
5. Apgar a los 5 minutos \_\_\_\_\_
6. Talla \_\_\_\_\_ cm
7. Peso \_\_\_\_\_ g

### III. DATOS REPRODUCTIVOS

1. Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_
2. Menarquia \_\_\_\_\_ años
3. IRS \_\_\_\_\_ años
4. Andría \_\_\_\_\_
5. Uso de MAC    Sí \_\_\_\_\_    No \_\_\_\_\_
6. Tipo de MAC
- |                               |   |                                |   |
|-------------------------------|---|--------------------------------|---|
| Ninguno.....                  | 0 | Injectable mensual.....        | 4 |
| Retiro.....                   | 1 | Injectable trimestral.....     | 5 |
| Control de días fértiles..... | 2 | Oral Combinado.....            | 6 |
| Preservativo.....             | 3 | Dispositivo Intrauterino.....  | 7 |
|                               |   | Bloqueo Tubario Bilateral..... | 8 |

### II. FACTORES CULTURALES

1. Lengua		
<i>¿Cuántas lenguas usted habla?</i>	Si	No
Español	[   ]	[   ]
Quechua	[   ]	[   ]
Aymara	[   ]	[   ]
Otra lengua	[   ]	[   ]
2. Uso de medicina tradicional		
<i>¿Ha usado medicina tradicional?</i>	Si	No
	[   ]	[   ]
3. Religión		
<i>¿Qué religión practica?</i>	[   ]	[   ]
Católica	[   ]	[   ]
Evangélica	[   ]	[   ]
Otra	[   ]	[   ]
Ninguna	[   ]	[   ]
4. Peso Pregestacional _____ Kg		
5. Talla materna _____ m		
6. Estado nutricional _____		
7. Convivencia		
<i>¿Actualmente vive con?</i>		

Su pareja	[ ]	[ ]
Su pareja y familiares	[ ]	[ ]
Sus familiares	[ ]	[ ]
Con otras personas	[ ]	[ ]
8. Deporte		
¿Práctica algún deporte?	[ ]	[ ]
9. Propiedad		
¿Dónde usted vive es casa propia?	[ ]	[ ]

### III. FACTORES PERSONALES

10. Edad extrema	Si	No
¿La paciente es mayor de 35 años?	[ ]	[ ]
11. Embarazo planificado		
¿Este embarazo fue planificado?	[ ]	[ ]
12. Primaria incompleta		
¿La paciente ha concluido sus estudios primarios?	[ ]	[ ]
13. Convive actualmente con su pareja		
¿La paciente convive actualmente con su pareja?	[ ]	[ ]
14. Residir en barrio marginal		
¿Vive actualmente en un asentamiento humano, zona urbana marginal donde no haya agua y luz continua?	[ ]	[ ]
15. Domicilio lejano		
¿Considera que vive lejos del establecimiento de salud donde acudía para control prenatal?	[ ]	[ ]
16. Maltrato familiar		
¿Durante su gestación ha recibido maltrato físico, psicológico, sexual o económico por parte de pareja, padres, hermanos?	[ ]	[ ]
17. Trabaja		
¿Actualmente, se encuentra sin trabajo?	[ ]	[ ]

### I. FACTORES PERSONALES

18. Ocupación manual	Si	No
<i>¿Trabajo haciendo alguna ocupación manual como artesanías, bordados, etc.?</i>	[   ]	[   ]
19. Dificultad de permisos en trabajo		
<i>¿Si trabaja, ha tenido dificultades para pedir permiso al trabajo para acudir al control prenatal?</i>	[   ]	[   ]
20. Dificultad para el cuidado de hijos		
<i>¿Ha tenido dificultades de acudir al control prenatal, porque no ha podido dejar a alguien al cuidado de sus hijos?</i>	[   ]	[   ]
21. Dificultad por quehaceres domésticos		
<i>¿Ha tenido dificultades en acudir al control prenatal, porque ha tenido que realizar algunas actividades en la casa, como limpieza, mantenimiento, arreglos, etc.?</i>	[   ]	[   ]
22. Poco apoyo de la pareja e hijos		
<i>¿Ha tenido dificultades en acudir al control prenatal, porque no ha recibido apoyo de la pareja y/o hijos?</i>	[   ]	[   ]
23. Poco apoyo de la familia		
<i>¿Ha tenido dificultades en acudir al control prenatal, porque no ha recibido apoyo de la familia (padres, hermanos, primos)?</i>	[   ]	[   ]
24. Olvido de citas		
<i>¿Alguna vez, no ha acudido al control prenatal, porque se ha olvidado la fecha de la cita de control?</i>	[   ]	[   ]
25. Multiparidad		
<i>¿Usted ha tenido más de 5 partos, sean estos por cesárea o vaginales?</i>	[   ]	[   ]
26. Importancia del control prenatal		
<i>¿Alguna vez, ha dejado de ir al control prenatal, porque lo consideró de poca o ninguna importancia?</i>	[   ]	[   ]

### FACTORES INSTITUCIONALES

27. Desconocimiento sobre el control prenatal	Si	No
<i>¿Alguna vez consideró no acudir al control prenatal, porque no sabía que era?</i>	[   ]	[   ]



28. Ambiente inadecuado para la consulta	Si	No
<i>¿Alguna vez ha dejado de acudir al control prenatal, porque consideró que el ambiente era inadecuado para el mismo?</i>	[   ]	[   ]
29. Citas de seguimiento		
<i>¿Alguna vez ha dejado de acudir a la consulta prenatal, porque no ha tenido fechas para la siguiente cita de control prenatal?</i>	[   ]	[   ]
30. Poca prioridad para su atención		
<i>¿Alguna vez ha decidido no acudir a la consulta prenatal, porque a la hora de la atención, no la atendieron por atender a otros?</i>	[   ]	[   ]
31. Incoordinación entre servicios para atenderla		
<i>¿Alguna vez ha dejado de acudir al control prenatal, porque ha observado que entre tantas áreas que tenía que ir, estas no tenían un orden para la asistencia?</i>	[   ]	[   ]
32. Gastos para exámenes no disponibles		
<i>¿Alguna vez ha dejado de acudir a la consulta prenatal, porque no pudo cubrir los gastos de algunos análisis auxiliares que le solicitaron?</i>	[   ]	[   ]
33. Tiempo de espera largo		
<i>¿Alguna vez ha dejado de acudir al control prenatal, porque consideró que esperarían mucho tiempo para su atención?</i>	[   ]	[   ]

## I. FACTORES INSTITUCIONALES

34. Servicios incompletos	Si	No
<i>¿Alguna vez ha dejado de ir al control prenatal, porque a la hora de atenderla, no le realizan todas las actividades propuestas?</i>	[   ]	[   ]
35. Ubicación lejana del lugar de atención		
<i>¿Alguna vez dejó de acudir al control prenatal, porque este se encontraba lejos de donde vive?</i>	[   ]	[   ]
36. Poco tiempo de consulta		
<i>¿Alguna vez ha dejado de acudir al control prenatal, porque ha percibido que le han destinado poco tiempo para su atención?</i>	[   ]	[   ]

## I. FACTORES MEDICOS

37. Relación médico paciente insatisfactoria	Si	No
--	----	----

<i>¿Alguna vez ha dejado de acudir a su consulta prenatal, porque tuvo problemas con la persona que le atendía?</i>		[ ]	[ ]
38. Trato inadecuado			
<i>¿Alguna vez ha decidido no acudir a la consulta prenatal, porque ha considerado que no la trataban adecuadamente?</i>		[ ]	[ ]
39. Episodios de maltrato por parte del profesional			
<i>¿Alguna vez ha dejado de acudir al control prenatal, porque ha sufrido algún tipo de maltrato por parte del profesional que le atendió?</i>		[ ]	[ ]
40. Relación médico-paciente impersonal			
<i>¿Alguna vez ha dejado de acudir a la consulta prenatal, porque ha considera que el trato del que le atendió fue frío e impersonal?</i>		[ ]	[ ]
41. Miedo al examen ginecológico			
<i>¿Alguna vez ha dejado de acudir al control prenatal, porque ha tenido temor al examen ginecológico que le practicarían?</i>		[ ]	[ ]
42. Consulta prenatal de baja calidad			
<i>¿Alguna vez ha dejado de ir al control prenatal, porque ha considerado que este es de baja calidad?</i>		[ ]	[ ]

## CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL

	Definitivamente no	Probablemente no	Ni si, ni no	Probablemente si	Definitivamente si
<b>I. COMPETENCIA PROFESIONAL</b>					
1. ¿Considera que el control prenatal lo manejaba adecuadamente?	1	2	3	4	5
2. ¿Estaba de acuerdo con las actividades que realizaban en el control prenatal?	1	2	3	4	5
<b>II. SEGURIDAD EN EL CONTROL PRENATAL</b>					
3. ¿Considera que el establecimiento de salud es seguro?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera que el consultorio prenatal es seguro?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera que en el establecimiento tiene seguridad de no infectarse?	1	2	3	4	5
<b>III. ACCESIBILIDAD AL CONTROL PRENATAL</b>					
6. ¿Considera que el horario de atención es adecuado?	1	2	3	4	5

7. ¿Considera que la organización de establecimiento facilita la atención?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

8. ¿Considera que fue fácil acceder a la consulta prenatal?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

#### **IV. EFICACIA DEL CONTROL PRENATAL**

9. ¿Considera que el control es adecuado gracias a sus normas?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

10. ¿Considera que el control prenatal es adecuado en sus orientaciones?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

#### **V. COMODIDADES**

11. ¿Considera que los ambientes del establecimiento son cómodos?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

12. ¿Considera que los servicios higiénicos son adecuados?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

13. ¿Considera que el consultorio prenatal es cómodo?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

### Anexo 3. Validez de constructo

	Descriptivos			Comunalidades	
	N	Media	DE	Inicial	Extracción
36. Uso de Medicina Tradicional	175	1.69	.463	1.000	.454
37. Religión	175	1.09	.360	1.000	.627
43. Practica deporte	175	1.16	.368	1.000	.669
44. Casa propia	175	1.23	.421	1.000	.623
45. Edad mayor a 35 años	175	1.89	.312	1.000	.626
46. Embarazo planificado	175	1.54	.500	1.000	.577
47. Primaria incompleta	175	1.64	.481	1.000	.614
48. Convive con pareja	175	1.90	.297	1.000	.643
49. Reside en barrio urbano-marginal	175	1.86	.351	1.000	.718
50. Domicilio lejano del lugar de atención	175	1.97	.167	1.000	.621
51. Maltrato familiar	175	1.99	.076	1.000	.550
52. Sin trabajo	175	1.66	.476	1.000	.709
53. Ocupación manual	175	1.77	.425	1.000	.555
54. Dificultad de permisos en el trabajo	175	1.71	.456	1.000	.796
55. Dificultad para el cuidado de hijos	175	1.55	.499	1.000	.738
56. Dificultad por quehaceres domésticos	175	1.39	.490	1.000	.783
57. Poco apoyo de pareja e hijos	175	1.93	.253	1.000	.583
58. Poco apoyo de la familia	175	1.99	.107	1.000	.696
59. Olvido de las citas de control prenatal	175	1.35	.480	1.000	.557
60. Multiparidad (>5 partos)	175	1.98	.130	1.000	.570
61. Poca importancia del control prenatal	175	1.98	.150	1.000	.705
62. Desconocimiento del control prenatal	175	1.98	.150	1.000	.560
64. Sin cita para el siguiente control	175	1.43	.496	1.000	.606
65. Poca prioridad para su atención	175	1.66	.476	1.000	.705
66. Incoordinación de servicios para atenderla	175	1.53	.501	1.000	.694
67. Gastos por exámenes no disponibles	175	1.96	.197	1.000	.616
68. Tiempo de espera largo	175	1.26	.438	1.000	.593
69. Servicios incompletos	175	1.97	.167	1.000	.638
71. Poco tiempo de consulta prenatal	175	1.91	.289	1.000	.696
72. Relación médico-paciente insatisfactoria	175	1.99	.076	1.000	.650
73. Trato inadecuado	175	1.97	.167	1.000	.731
74. Episodios de maltrato por parte del profesional	175	1.98	.130	1.000	.777
75. Relación médico-paciente impersonal	175	1.90	.297	1.000	.676
76. Miedo al examen ginecológico	175	1.61	.490	1.000	.710
77. Consulta prenatal de baja calidad	175	1.98	.130	1.000	.685
78. Considera que el control prenatal lo manejaba adecuadamente	175	3.95	.405	1.000	.597

**Prueba de KMO y Bartlett**

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	.515
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado
	gl
	Sig.
	1549.794
	630
	.000

**Varianza total explicada**

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	3.305	9.179	9.179	3.305	9.179	9.179	2.544	7.065	7.065
2	2.548	7.078	16.257	2.548	7.078	16.257	2.277	6.326	13.391
3	2.250	6.251	22.508	2.250	6.251	22.508	2.130	5.915	19.306
4	2.142	5.950	28.458	2.142	5.950	28.458	1.998	5.549	24.855
5	2.048	5.688	34.145	2.048	5.688	34.145	1.926	5.351	30.206
6	2.025	5.625	39.771	2.025	5.625	39.771	1.773	4.925	35.131
7	1.644	4.566	44.337	1.644	4.566	44.337	1.739	4.832	39.963
8	1.411	3.921	48.257	1.411	3.921	48.257	1.719	4.774	44.737
9	1.371	3.808	52.065	1.371	3.808	52.065	1.710	4.749	49.486
10	1.298	3.607	55.672	1.298	3.607	55.672	1.611	4.476	53.961
11	1.157	3.214	58.886	1.157	3.214	58.886	1.416	3.933	57.894
12	1.081	3.002	61.889	1.081	3.002	61.889	1.291	3.585	61.480
13	1.067	2.964	64.853	1.067	2.964	64.853	1.214	3.374	64.853
14	.988	2.743	67.597						
15	.954	2.651	70.247						
16	.923	2.563	72.810						
17	.867	2.407	75.217						
18	.813	2.257	77.474						
19	.752	2.089	79.563						
20	.731	2.030	81.593						
21	.672	1.866	83.460						
22	.653	1.813	85.273						
23	.618	1.717	86.989						
24	.555	1.542	88.531						
25	.534	1.482	90.013						
26	.468	1.299	91.312						
27	.441	1.225	92.537						
28	.425	1.180	93.717						
29	.386	1.073	94.790						
30	.352	.979	95.769						
31	.335	.932	96.701						
32	.302	.839	97.540						
33	.278	.772	98.311						
34	.246	.683	98.994						
35	.204	.567	99.561						
36	.158	.439	100.000						

Método de extracción: análisis de componentes principales.

[illegible]

## Anexo 4. Confiabilidad del instrumento

### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.682	24

### Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
36. Uso de Medicina Tradicional	38.70	7.016	.288	.588
43. Practica deporte	39.24	7.401	.195	.601
44. Casa propia	39.17	7.495	.111	.612
48. Convive con pareja	38.50	7.693	.087	.612
53. Ocupación manual	38.63	7.419	.145	.608
54. Dificultad de permisos en el trabajo	38.70	7.250	.189	.603
55. Dificultad para el cuidado de hijos	38.84	6.829	.328	.581
56. Dificultad por quehaceres domésticos	38.99	7.033	.250	.594
57. Poco apoyo de pareja e hijos	38.47	7.692	.117	.609
58. Poco apoyo de la familia	38.41	7.908	.016	.613
59. Olvido de las citas de control prenatal	39.04	6.668	.415	.567
60. Multiparidad (>5 partos)	38.42	7.865	.066	.611
61. Poca importancia del control prenatal	38.42	7.865	.050	.612
62. Desconocimiento del control prenatal	38.43	7.855	.050	.612
63. Ambiente inadecuado para la consulta	38.40	7.928	0.000	.613
64. Sin cita para el siguiente control	38.97	7.083	.226	.598
65. Poca prioridad para su atención	38.73	7.146	.221	.598
66. Incoordinación de servicios para atenderla	38.86	7.014	.251	.594
68. Tiempo de espera largo	39.14	6.768	.422	.569
70. Dificil ubicación del consultorio prenatal	38.40	7.928	0.000	.613
73. Trato inadecuado	38.43	7.967	-.070	.618
76. Miedo al examen ginecológico	38.80	7.256	.163	.607
77. Consulta prenatal de baja calidad	38.42	7.932	-.027	.685
92. Calidad del control prenatal	39.09	6.696	.423	.567